Aus der Abteilung für Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie
der Schloßparkklinik in Berlin
(Leitender Arzt: Prof. Dr. Dr. med. Gabka)

Arzt — Haftpflicht — Prozesse nach Injektionsschäden

Dissertation
zur
Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde
am Fachbereich Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Zahnarzt Wolfgang Schmitt
aus Würzburg

1905

Aus der Abteilung für Kiefer- und plastische
Gesichtschirurgie der Schloßparkklinik in Berlin
(Leitender Arzt: Prof. Dr. Dr. med. Gabka)

Arzt - Haftpflicht - Prozesse nach Injektionsschäden

Dissertation
zur
Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde
am Fachbereich Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Zahnarzt Wolfgang Schmitt
aus Würzburg

Referent: Prof. Dr. Dr. Gabka
Korreferent: Prof. Dr. Kempfle

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 12.12.1985

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung	7
2 Grundlagen	9
2.1 Spritzenschäden bei den unterschiedlichen Injektionstechniken	
2.2 Das Arzthaftungsrecht und seine Anwendung im Arzthaftungsprozeß	
3 Literaturüberblick	19
3.1 Literatur über ähnliche Prozesse	
3.2 Literatur über Spritzenprozesse	
4 Eigene Untersuchungen	25
4.1 Zielsetzung und Sinn der Arbeit	
4.2 Methodik	
4.3 Ergebnisse	
5 Auswertung	74
6 Zusammenfassung	86
7 Literaturverzeichnis	88
Anhang: Urteile	

1 Einleitung

In zunehmendem Maße sehen sich die Ärzteschaft und die Krankenhausträger Haftungsprozessen ausgesetzt. Diese Entwicklung läßt sich auch bei Verfahren nach Spritzenschäden beobachten. Die Gründe dafür sind mannigfaltig.

Die Anzahl der verabreichten Injektionen ist gestiegen, da jeder optimal behandelt werden will. Die Komplikationsrate bei Injektionen ist größer geworden, weil die Behandlungsmethoden der modernen Medizin risikoreicher geworden sind. Injektionsgeschädigte Patienten verklagen ihren Behandler heute wesentlich leichter als früher; dazu haben die Medien erheblich beigetragen. Die außergerichtliche Einigung der gegnerischen Parteien ist dadurch in den Hintergrund getreten.

Spritzenschäden zeigen die Problematik der Arzthaftung besonders deutlich. Oft sind anatomische Abweichungen im Verlauf von Nerven und Gefäßen nicht zu erkennen. Unter diesen Umständen kann auch ein erfahrener Arzt mit einer Injektion einen Behandlungsschaden verursachen. Demgegenüber gilt es zu berücksichtigen, daß die Verwendung von hochwertigem Einmalinstrumentarium die Gefahr des Nadelbruches herabsetzt. Die von der pharmazeutischen Industrie unter strengen Kautelen hergestellten Injektions- und Infusionslösungen bieten die Möglichkeit, keimfrei zu injizieren.

Es ist verständlich, daß der durch eine Injektion in seiner Gesundheit beeinträchtigte Patient das Bedürfnis nach Wiedergutmachung hat. Seine berechtigte Erwartung war eine Besserung seines Zustandes. Der Arzt, der sich um die Heilung des Menschen bemüht,

kommt nach einer Fehlinjektion zwangsläufig in Konflikte. Wenn eine Klage nicht zu vermeiden ist, kommt es wegen der schadenstiftenden Injektion zur gerichtlichen Auseinandersetzung. Die zuständigen Richter haben dann die Aufgabe, die Injektion mit den anwendbaren Gesetzen zu beurteilen. Die Meinung des Gutachters kann für die Urteilsfindung im Spritzenprozeß von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Diese Arbeit versucht, eine Dokumentation von Injektionszwischenfällen zu sein. Dabei wird aus rechtskräftigen Urteilen abgeleitet, unter welchen Bedingungen der Arzt für eine Injektion haftpflichtig gemacht werden kann. Gleichzeitig soll die Unvermeidbarkeit bestimmter Körperschäden unter der Injektionsbehandlung gezeigt werden.

Mediziner und Juristen führen eine öffentliche Diskussion über das Arzthaftungsrecht. Das zeigt, wie aktuell das Thema dieser Arbeit ist. Es ist ihr Anliegen, einen Beitrag zur Rechtsmedizin zu leisten.

2 Grundlagen

2.1.Spritzenschäden bei den unterschiedlichen Injektionstechniken

Es gibt mehrere Möglichkeiten,ein Medikament in den menschlichen Organismus zu bringen. Neben der oralen Verabreichung kennen wir noch die parenterale Applikation, bei der man die Injektion als häufig angewandte Methode hervorheben kann. Jede dieser Methoden birgt Gefahren in sich. Dies gilt auch für die Injektion und ihre verschiedenen Techniken.
Für den Arzthaftungsprozeß hat sich die Einteilung der Injektionstechniken in die intramuskuläre und in die intravenöse Methode bewährt. Sowohl bei der intramuskulären Injektion als auch bei der intravenösen Injektion und Infusion gibt es einige Komplikationsmöglichkeiten. Da sich die Einteilung von GABKA (16) für die rechtliche Bewertung der Spritzenschäden übernehmen läßt, werden nun die Injektionstechniken und ihre Komplikationen in dieser Systematik dargestellt.

2.1.1. Die intramuskuläre Injektion und ihre Komplikationen

Die intramuskuläre Injektion ist die am häufigsten verwendete Methode zu injizieren. Als Injektionsort dieser Technik kommt überwiegend die Glutäalregion in Betracht. Die Muskulatur des Oberarmes und des Oberschenkels wird seltener zur Deponierung der Injektionslösung verwendet (s. Abb. 1: Injektionsorte).
v. HOCHSTETTER (28) und DVORAK (11) haben Techniken der intramuskulären Injektion beschrieben. Beide lassen in den Gesäßmuskel oben seitlich einstechen, da an diesem Ort nur eine geringe Gefäß- und Nervenversor-

gung anzutreffen ist. Die Verletzung dieser anatomischen Strukturen ist hier nicht sehr wahrscheinlich. Die Nadel sei im Anschluß daran nach oben und außen zu führen, bis die Muskelschicht erreicht wäre. Die ausreichende Stichtiefe erkenne man am Knochenkontakt. Die Stichrichtung sei während des Auffindens der richtigen Stelle zum Darmbeinkamm hin.
Gerade beim fettleibigen Menschen kommt der Stichtiefe eine entscheidende Bedeutung zu. Deswegen hat GABKA (16) mehrere Doktoranden beauftragt, die Gewebedicken am Ort der intraglutäalen Injektion zu messen und die richtige Länge der Nadel zu bestimmen. HÖHNE (29) hat mit einem von GABKA (16) angefertigten Meßgerät die Dicke der Gewebeschichten über dem Injektionspunkt ermittelt. Nach diesen Untersuchungen überwiegt bei Frauen der Fettanteil, bei Männern sei dagegen die Muskelschicht stärker ausgeprägt. ROTH (48) fand durch Ultraschallmessungen heraus, daß die Länge der zur intramuskulären Injektion benutzten Nadel (Kanüle) proportional zum Körpergewicht des Patienten sein sollte.Eine weitere von GABKA (16) betreute Dissertation erwähnt die Nekroseformen nach der intramuskulären Injektion.Alle diese Arbeiten haben den Sinn, die Anzahl der durch eine falsche Stichtiefe verursachten Komplikationen bei der intramuskulären Technik möglichst gering zu halten.
Als Komplikationen der intramuskulären Injektion gibt es folgende Möglichkeiten:

2.1.1.1. Das Abbrechen einer Injektionsnadel

Beim Injizieren kann die Kanüle abbrechen.
Um dieser Komplikation vorzubeugen, muß das Injektionsinstrumentarium in Ordnung sein und vorsichtig behandelt werden. HEYN (27) beschreibt, wie schwierig es ist, ein in der Tiefe der Muskelschicht abgebroche-

nes Nadelstück zu entfernen. Durch die Verwendung von Einmalinstrumentarium ist die Gefahr der Kanülenfraktur nicht mehr so hoch wie früher.

2.1.1.2. Das Durchstechen eines Gefäßes

Es kann vorkommen, daß die Injektionsnadel ein Blutgefäß verletzt. Das An- oder Durchstechen kleinerer Gefäße, die in der Unterhaut liegen, ist meistens eine unbedeutende Komplikation. Die Punktion einer größeren Arterie oder Vene der tieferen Gewebeschichten ist dagegen nicht mehr harmlos. Es kann zu weiteren Komplikationen kommen.

2.1.1.3 Der Bluterguß

Das aus einem getroffenen Gefäß mit größerem Querschnitt austretende Blut sammelt sich und bildet einen Bluterguß.

2.1.1.4. Der Spritzenabszeß

An der Injektionsstelle kann sich Eiter bilden, wenn ein Bluterguß infiziert wird oder unsauberes Injektionsinstrumentarium verwendet wurde. PERRET (41) hält den Spritzenabszeß (Vereiterung) für eine selten auftretende Komplikation. FRITSCHE (14) gelang der Beweis dafür, daß ein Bluterguß (Hämatom) auch aus dem eigenen Körper infiziert werden kann. GOLDHAHN (22) ist der Ansicht, daß diese Komplikation in Form der endogenen Infektion nicht vorhersehbar ist. Die exogene Infektion wird von Erregern hervorgerufen, die mit der Injektionsnadel in den Organismus kamen. REGAMEY (46) konnte an einer makellosen Kanüle unmittelbar

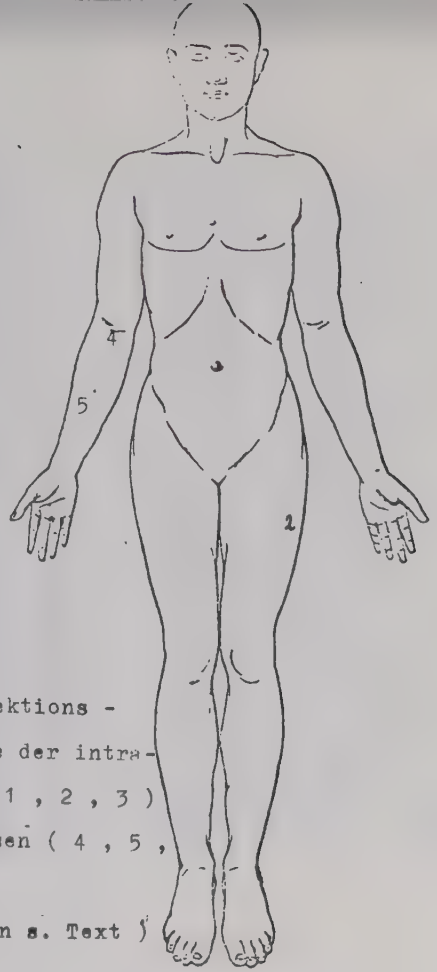
nach dem Zurückziehen aus der zuvor desinfizierten Haut Eitererreger nachweisen. Die Entstehungsmöglichkeiten eines Injektionsabszesses sind von ausschlaggebener Bedeutung für seine rechtliche Beurteilung.

2.1.1.5. Das Anstechen der Nerven

STÖR (53) beschäftigte sich mit Verletzungen von Nerven durch die intraglutäale Injektion. Er stellte fest, daß dabei der großkalibrige Nervus ischiadikus in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Die kleineren Nervi glutei - dem Stamm des Ischiasnervs benachbart - könnten bei einer intramuskulären Injektion ebenfalls beschädigt werden. Die Beeinträchtigung der Funktion des sensiblen und motorischen Nervus ischiadikus ist nach MÜNNICH (36) auf zwei Wegen möglich. Entweder werde er mechanisch verletzt oder durch das Injektionsmittel chemisch geschädigt. So erkläre sich der zeitliche Unterschied des Eintritts der Nervenlähmung.

2.1.1.6. Die Nekrose

Stirbt das Gewebe nach einer intramuskulären Injektion am Ort der Einspritzung ab, bezeichnet man den Gewebetod als lokale Nekrose. GABKA (16) unterscheidet nach der Lokalisation der Nekrose die oberflächlichen von den tief gelegenen. Die erste Nekroseform kann entstehen, wenn das Injektionsmittel nicht tief genug deponiert wurde. Nicht selten ist eine zu kurze Nadel schuld an dieser Komplikation. In der Tiefe gelegene Nekrosen, die andere Form, können entstehen, wenn die injizierte Substanz dem Gewebe gegenüber unverträglich ist. Durch die Untersuchungen von PHILIPSON (42), einem weiteren Doktoranden von GABKA (16), stellte sich heraus, daß die Oberflächennekrosen an



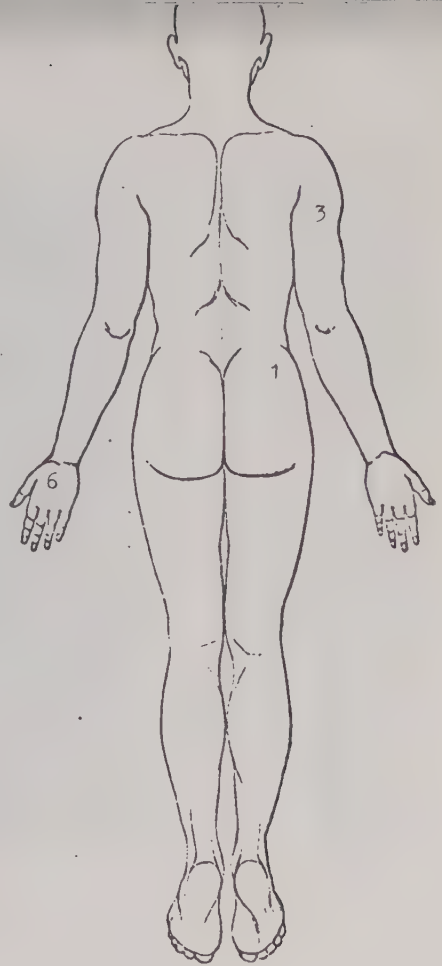


Abb . 1 : Injektions - orte der intra- muskulären (1 , 2 , 3) und intravenösen (4 , 5 , 6) Injektion

(Erläuterungen s. Text)

einer typischen Veränderung der sichtbaren Haut zu erkennen sind. Diese Besonderheit grenzt die beiden Nekroseformen voneinander ab.

2.1.2. Die intravenöse Injektion und ihre Komplikationen

Die intravenöse Injektion und die intravenöse Infusion sind neben der intramuskulären Injektion eine weitere Methode der parenteralen Arzneimittelapplikation. Wie bei der intramuskulären Injektion stehen auch bei der intravenösen Technik mehrere Injektionsstellen zur Verfügung. Sie unterscheiden sich aber durch ihr jeweiliges Behandlungsrisiko und haben unterschiedliche Indikationen. GABKA (16) stellt in diesem Zusammenhang die Venen in der Ellenbeuge denen am Unterarm und über dem Handrücken gegenüber. PUFF (45) gibt den Rat, die Vena mediana cubiti nur zur Blutentnahme zu benutzen. Er begründet diese Einschränkung mit der engen Nachbarschaft von Nerven und Gefäßen. Außerdem sei das Ellenbogengelenk in nächster Nähe. Schließlich sei ein variabler Gefäßverlauf nicht auszuschließen (s. Abb. 1).
Zur Injektion geeignet sind die Venenstämme des Unterarmes. GABKA (16) unterscheidet folgende Komplikationen beim endovenösen Zugang:

2.1.2.1. Das Durchstechen der Vene

Hin und wieder geschieht es, daß die Injektionsnadel das aufgefundene Gefäß durchsticht. Die Injektion ist vorläufig abzubrechen, da sich sonst austretendes Blut oder Injektionslösung außerhalb des Gefäßes ansammelt.

2.1.2.2. Der Bluterguß

Ein Bluterguß entsteht, wenn aus einem verletzten Gefäß Blut ausströmt und sich paravasal ansammelt.

2.1.2.3. Das paravenöse Infiltrat

Für den Fall, daß aus einem durchgestochenen Gefäß neben Blut auch Injektionslösung herauskommt, kann sich ein paravenöses Infiltrat bilden. GOLDHAHN (22) hält die Wirkung des fehlinjizierten Medikamentes für die Ursache der lokalen Gewebereizung. Diese Erscheinung heißt paravenöses Infiltrat.

2.1.2.4. Venenthrombose und Venenentzündung

Auch bei regelrechter Vornahme der intravenösen Injektion kann sich an der Innenseite der Venenwand ein Blutgerinnsel (Thrombus) bilden. Wird der Thrombus später noch eitrig infiziert, kann es zur Entzündung (Thrombophlebitis) und Zerstörung der Vene kommen. Diese Komplikation wurde von MOLLISON (33) auch bei intravenösen Infusionen beobachtet. Meistens kommt es nur zur oberflächlichen Thrombophlebitis. Tiefe Phlebothrombosen sind aber selten.

2.1.2.5. Die irrtümliche intraarterielle Injektion

Diese Komplikation führte zu einer Reihe aufsehenerregender Arzthaftpflichtprozesse. COHEN (8) schildert die üblen Konsequenzen einer solchen Fehlinjektion. Anstatt sich im Kreislauf zu verteilen fließt das injizierte Medikament in den arteriellen Blutstrom und

entfaltet in den Kapillaren der Hand seine giftige Wirkung. Es resultiert eine schwere Durchblutungsstörung im betroffenen Gebiet. Da nekrotisierende Gewebeteile entfernt werden müssen, kann die Amputation von Fingern oder Teilen des Unterarmes unausweichlich werden.

2.1.2.6. Todesfälle

Eine intravenöse Injektion kann den Tod des Patienten bewirken. Menschliches Versagen (z.B. Verwechslung oder falsche Dosierung von Medikamenten) kommt als Ursache ebenso in Betracht wie ein gefährliches Grundleiden beim Patienten.

2.2.Das Arzthaftungsrecht und seine Anwendung im Arzthaftungsprozeß

Das Arzthaftungsrecht basiert auf den gesetzlichen Bestimmungen, die im Bürgerlichen Gesetzbuch, der Zivilprozeßordnung und im Grundgesetz verankert sind (Abkürzungen: BGB, ZPO, GG). Die Auslegung der Gesetze spielt eine wichtige Rolle bei der Urteilsfindung im Arzthaftungsprozeß. Arzthaftungs- und Arzthaftpflichtprozeß bedeuten dasselbe.
Da es sich um eine naturwissenschaftliche Arbeit handelt, werden die juristischen Grundlagen der zivilrechtlichen Haftung des Arztes nur laienhaft dargestellt. Sie gelten jedoch ohne Einschränkung für die Verfahren nach Spritzenschäden. Im einzelnen werden die Arten ärztlicher Haftung, die Pflichten des Arztes, der Begriff des Behandlungsfehlers und die Beweisregeln erörtert.

2.2.1. Die Arten der ärztlichen Haftung

Man kann die vertragliche Haftung des Arztes von seiner deliktischen Haftung unterscheiden. Es hängt vom Einzelfall ab, welche Form der Haftungsmöglichkeiten das Gericht anwendet.

2.2.1.1. Die vertragliche Haftung des Arztes

Sie gilt nur für den Partner des Behandlungsvertrages. Der Beklagte haftet für Vermögensschäden und ohne Entlastungsmöglichkeit für seine Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB). Der Behandlungsvertrg ist ein Dienstvertrag und kein Werkvertrag.

2.2.1.2. Die deliktische Haftung des Arztes

Sie ist vertragsunabhängig und für jeden an der Behandlung Beteiligten denkbar. Nur über diese Haftungsart kann der Patient Schmerzensgeldansprüche geltend machen (§ 847 BGB). Stirbt der geschädigte Patient, können Dritte den Schadenersatz einklagen.
Der Beklage kann sich für seine Verrichtungsgehilfen entlasten (§ 831 BGB).

2.2.2. Die Pflichten des Arztes

Der Arzt hat unter Berücksichtigung des Standes der medizinischen Wissenschaft die für den Patienten erforderliche Sorgfalt anzuwenden (§ 276 BGB).
Hohe Anforderungen sind an die Fortbildung des Arztes zu stellen.
Die Weitergabe (ärztlicher Delegation) von Behandlungen an Mitarbeiter setzt voraus, daß diese die anzuwendende Behandlungsmethode sicher beherrschen.
Der Patient ist über das Risiko der Behandlung aufzuklären.

2.2.3. Der Behandlungsfehler

Verletzt der Arzt seine Pflicht, den Patienten so gut wie möglich zu behandeln, verstößt er gegen seine vertragliche Bindung. Er kann auch über die deliktische Haftung für eine Körperverletzung mit oder ohne Todesfolge zur Rechenschaft gezogen werden.
Diesen Tatbestand nennt man neuerdings Behandlungsfehler, manchmal auch Arztfehler. Den Begriff Kunstfehler gibt es rechtlich nicht mehr.

2.2.4. Die Beweisführung

Wie in jedem Prozeß muß auch im Arzthaftungsverfahren der Kläger die Schuld des Beklagten beweisen. Im Arzthaftungsprozeß gibt es die Regelung, daß bei einer typischen Schädigung der Anscheinsbeweis dem Kläger die Beweisführung erleichtert. Dem Patienten kann als Kläger sogar die Umkehr der Beweislast zugebilligt werden. Dann muß der beklagte Arzt den Nachweis erbringen, den Behandlungsschaden nicht verursacht zu haben.

Diese Begünstigung des Patienten ist für den Fall gültig, daß der beklagte Arzt Beweismittel wie Krankenunterlagen oder Röntgenaufnahmen für die Prozeßführung nicht herausgibt. Hat der Arzt bei der Behandlung des Patienten grobe Fahrlässigkeit gezeigt, kann der Kläger ebenfalls von seiner im Regelfall betehenden Beweispflicht befreit werden.

3 Literaturüberblick

3.1. Literatur über ähnliche Prozesse

Ausgehend von einem Urteil des Reichsgerichtes vom 1.3.1912 betrachtet TEMPEL (54) die Entwicklung der ärztlichen Aufklärungspflicht. In dieser Entscheidung tauchten Überlegungen über eine derartige Verpflichtung auf. Eine umfassende Belehrung des Kranken über das Operationsrisiko wäre demzufolge eher eine Belastung des Patienten. Unter Zugrundelegung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zeigt TEMPEL (54) den heutigen Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht auf; die eingehende Belehrung des Vertrgspartners über den bevorstehenden Eingriff sei nach unseren Rechtsnormen unverzichtbarer Bestandteil einer fehlerfreien Behandlung.
Vor einem Jahrzehnt beschäftigen sich FRANZKI und FRANZKI (13) mit der zivilrechtlichen Haftung des Arztes für eine fehlerhafte Behandlung. Sie vergleichen die Entwicklung der Arzthaftung in den Vereinigten Staaten mit der gegenwärtigen Lage in Deutschland. Dort sei eine Flut von Schadenersatzprozessen gegen Ärzte zu beobachten; infolgedessen seien die Versicherungsprämien amerikanischer Ärzte fast um das Zehnfache gestiegen. Die deutsche Ärzteschaft verfolge diese Veränderung mit großer Sorge.
Die beiden Autoren meinen ferner, daß bisher der medizinische Sachverständige im Arzthaftungsprozeß seinen verklagten Kollegen fast komplizenhaft gedeckt habe. Der Bundesgerichtshof habe in der Entscheidung vom 22. 4. 1975 die gutachterliche Autorität neu eingestuft. Die Tatrichter im Kunstfehlerprozeß wären ermutigt worden, bei Beweisschwierigkeiten Distanz zum Standeskollegen des Verklagten zu wahren.

GÜNTHER (23) unternimmt den Versuch, die Durchsetzung der Zahnheilkunde und der Kieferchirurgie mit rechtlichen Bestimmungen überschaubar zu machen. Anhand der Fachgebiete konkretisiert er die Arzthaftung im einzelnen. Die ausführliche Behandlung aktueller Probleme wie beispielsweise der Aufklärungspflicht berücksichtigt die jeweilige Rechtsprechung zu diesem Gebiet. Es wird hervorgehoben, daß schon die Unkenntnis beliebiger Details Rechtsfolgen haben kann. Diese umfassende Veröffentlichung zeigt, wie wichtig auch für den Zahnarzt die Fortbildung in juristischen Fragen ist,um eine Haftung abzuwenden.

In einer neueren, von GABKA (17) betreuten Dissertation, stellt mein Kollege WEILER (56) ungefähr 100 Zahnarzt-Haftpflichtprozesse vor. Er unterteilt die Zwischenfälle bei der zahnärztlichen Behandlung in Komplikationen bei den verschiedenen Arbeitsgebieten (Zahnersatz,Zahnerhaltung, Zahnentfernung, Kieferorthopädie). Nach der Analyse der zivilrechtlichen Konsequenzen kommt WEILER (56) zu dem Ergebnis, daß auch für den zahnärztlichen Beruf strengere gesetzliche Maßstäbe als früher gelten. Im Gegensatz zum Allgemeinmediziner könne der Behandlungsvertrag zwischen Patient und Zahnarzt - allerdings selten - als Werkvertrag interpretiert werden. Ein Teil der Entscheidungen hat die forensischen Folgen von Injektionen im Mundbereich zum Inhalt; als Komplikationen der intraoralen Schmerzausschaltung sind Nadelbruch und Nervenverletzung zu nennen.

GIESEN (20) erläutert die Begriffe Behandlungsfehler, Aufklärungspflicht und Beweisführung, um das in Bewegung geratene Arztrecht zu analysieren.Er belegt die kritischere Haltung der Richter gegenüber den Ärzten mit einer Reihe von Behandlungsfehlerprozessen. Unter diesen Gerichtsverfahren befinden sich auch die beiden jüngsten Urteile des Bundesgerichtshofes zur Injektionsproblematik.

WILTS (57) nimmt ein Judikat des Bundesgerichtshofes zum Anlaß, die Beweisfragen bei einer Injektionsanästhesie zu besprechen. Obwohl die mit der Anästhesie beauftragte Person die Gehunfähigkeit des Klägers verursacht hätte, müsse der beklagte Arzt freigesprochen werden. Die Klagepartei habe nicht den Nachweis erbringen können, daß bei der von Dritten vorgenommenen Injektion gegen ärztliche Behandlungsregeln verstoßen worden sei.

3.2. Literatur über Spritzenprozesse

3.2.1. Entscheidungen über Komplikationen bei der intramuskulären Injektion

GAISBAUER (18) hat große Zweifel an der Richtigkeit eines Urteils, in dem der - nach seiner Meinung falsch - injizierende Arzt freigesprochen wird. GAISBAUER (18) hält die Injektion in die Streckmuskulatur des Oberarmes auch im Notfall für unzulässig. Um diesen Injektinsort ging es nämlich im Gerichtsprozeß.
Aber auch die Sachverständigen hätten sich nicht korrekt verhalten, da sie aus einem Standesdenken heraus den Beklagten hätten schützen wollen. Der Behandlungsfehler wäre so schwerwiegend, daß es zu einer Beweislastumkehr im Arzthaftungsprozeß hätte kommen müssen (Urteil Nr. 20 dieser Entscheidungensammlung).
BÖSCHE (7) und HANEBECK (26) weisen unabhängig voneinander auf die Pflicht des Arztes hin, eine Krankenschwester, die intramuskuläre Injektionen vornimmt, regelmäßig über die richtige Injektionstechnik zu belehren.Ihre Tätigkeit am Patienten müsse überwacht werden. Da in diesem Schadensfall mit der falschen Technik injiziert worden sein müsse, bestehe für den anweisenden Arzt eine Haftung wegen ungenügender Kontrolle seiner Mitarbeiterin (Urteil Nr. 34).

In einer der letzten Entscheidungen des Bundesgerichtshofes wird herausgestellt, daß die selbständige Vornahme von Injektionen durch Schwesternhelferinnen generell unzulässig sei. Mehrere Autoren haben sich daraufhin mit diesem Urteil befaßt: ANDREAS (1), A. und M. HOLLMANN (30) und SCHLUND (50). Als gemeinsamer Tenor der Urteilsbesprechungen kann die Forderung nach einer verbindlichen Regelung über die Delegation von Injektionen bezeichnet werden (Urteil Nr. 41). HAHN (24) beschäftigt sich in seiner Monografie eingehend mit der Delegation von Injektionen an nichtärztliches Hilfspersonal. Die Zunahme der Arbeitsteilung zwischen dem Arzt und seinen zur Vornahme einer Injektion befugten Mitarbeitern wertet HAHN (24) als Anzeichen einer wachsenden Belastung in Krankenhäusern und Arztpraxen. HAHN (24) kommt zu diesem Ergebnis, nachdem er die wichtigsten Entscheidungen des Bundesgerichtshofes über Komplikationen bei der intramuskulären Injektion ausgewertet hat (Urteile Nr. 29, 30, 31, 32, 33, 34, 41, 42).

3.2.2. Entscheidungen über Komplikationen bei der intravenösen Injektion

PERRET (40) publiziert im Jahre 1962 ein schon bekanntes und ein bis dahin unveröffentlichtes Urteil über die intraarterielle Fehlinjektion mit nachfolgender Amputation des Armes. Die beiden Entscheidungen wurden nicht vom Bundesgerichtshof gefällt, sondern von Oberlandesgerichten als Berufungsinstanz. Der beklagte Arzt wurde in beiden Fällen freigesprochen. PERRET (40) ist der Meinung, daß deswegen für alle bisherigen Komplikationen dieser Art ein zivilrechtlicher Anspruch entfalle (Urteil Nr. 55 und 56).

In seinem Aufsatz über ärztliche Schadenshaftung nach einer intraarteriellen Fehlinjektion mit Estil betont

PRILL (43), daß bei einer gefährlichen intravenösen Injektion der Injektionsort genau zu prüfen sei. Zwar habe die schadenstiftende Estil-Injektion zu einer Zeit stattgefunden, zu der die Schadensfälle, die das Zurückziehen des Medikamentes aus dem Verkehr nach sich zogen, noch nicht eingetreten oder bekannt gewesen wären. Dennoch hätte der beklagte Arzt aus der arteriellen Unverträglichkeit dieser Substanz ableiten müssen, daß eine Injektion in der Ellenbeuge besonders risikoreich hätte sein können. Gerade hier sei die Gefahr des Abirrens in eine Arterie höher als an anderen Injektionsstellen. PRILL (43) meint, diese höchstrichterliche Entscheidung zeige mit nichts zu wünschen übrig lassender Deutlichkeit, wie weit heute die Grenzen ärztlicher Sorgfaltspflicht gesteckt wären (Urteil Nr. 70).

RIEGER (47) interpretiert eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes dahingehend, daß die eigentlich nicht erlaubte Durchführung einer Injektion von einer Hilfskraft doch toleriert werden könne, wenn der Patient über diesen Umstand aufgeklärt werde. RIEGER (47) bemängelt die Tatsache, daß weiterhin offen bleibe, ob und möglicherweise in welchem Umfang eine intravenöse Injektion an Mitarbeiter delegiert werden könne (Urteil Nr.74). HAHN (25) beschäftigt sich auch mit der neuesten Entscheidung des Bundesgerichtshofes, einem Urteil über eine intraarterielle Fehlinjektion mit einem Narkosemittel. Der Bundesgerichtshof habe aus verfahrensrechtlichen Gründen die Vorentscheidung des Berufungsgerichtes hinnehmen müssen. Dieses hätte den an der Injektion beteiligten Urologen freigesprochen. In dem vom Bundesgerichtshof geleiteten Verfahren hätte der Beklagte jedoch seine Schuldlosigkeit erst einmal beweisen müssen. Dies sei ihm nicht möglich gewesen. Der Unmut der im Revisionsverfahren

urteilenden Richter über die Entscheidung der Vorinstanz wäre verständlich. Im Interesse des Patienten wären an die Sorgfaltspflicht des Arztes hohe Anforderungen zu stellen. (Urteil Nr. 75).

4 Eigene Untersuchungen

4.1. Zielsetzung und Sinn der Arbeit

Man kann davon ausgehen, daß heute mehr Injektionen als früher verabreicht werden. Die Anzahl der Injektionen, die eine Komplikation zur Folge haben, hat ebenfalls zugenommen. Die Gründe dafür wurden in der Einleitung genannt. Die Bereitschaft des Patienten, wegen eines Spritzenschadens vor Gericht Schmerzensgeld zu verlangen, ist auch größer geworden. Die Aussicht, einen Behandlungsfehlerprozeß zu gewinnen, ist für die klagende Partei nicht ungünstig. Allein die Arzthaftung wegen ungenügender Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter, die Injektionen vornehmen dürfen, hat eine Reihe von Verfahren gegen die beklagte Partei entschieden. Ohne die Delegation von Injektionen käme aber kein Arzt mehr mit der wachsenden Arbeitsbelastung zurecht.

Es ist das Ziel dieser Arbeit, die Steigerungsrate von zivilrechtlichen Konsequenzen nach Fehlinjektionen aufzuzeigen. Die Verteilung der rechtskräftigen Urteile auf die Gerichtsinstanzen und die Injektionsarten soll herausgefunden werden. Für den Personenkreis, der Injektionen verabreicht, ergeben sich daraus wertvolle Hinweise auf ihre Tätigkeit.

4.2. Methodik

Das ursprüngliche Vorhaben, die Dokumentation der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern für die Untersuchung über Spritzenschäden zu verwenden, konnte nicht durchgeführt werden. Es besteht zur Zeit nur eine personenbezogene Statistik, die aus Gründen

des Datenschutzes für eine Dissertation nicht zur Verfügung gestellt wurde.

Deswegen mußten Injektionsprozesse die Grundlage der Studie über den Teilbereich ärztlicher Haftung bilden. Um Aktenzeichen von gerichtlichen Auseinandersetzungen nach Injektionen zu erhalten, wurden folgende Quellen benutzt:

- Bundesweit erging eine Anfrage an 90 Landgerichte und 18 Oberlandesgerichte. In Berlin wurden die Zivilkammern des Landgerichtes und das Kammergericht angeschrieben. Da die Berliner Amtsgerichte keine Urteile mitteilen konnten, wurden die westdeutschen Amtsgerichte nicht in die Umfrage miteinbezogen. Der für Arzthaftung zuständige Senat des Bundesgerichtshofes verwies auf die veröffentlichen Entscheidungen.
- Juristische Fachzeitschriften wurden auf Schadensfälle nach Injektionen durchgearbeitet (Versicherungsrecht, Neue Juristische Wochenzeitschrift, Medizinrecht).
- Zwei Versicherungsgesellschaften teilten vor Gericht entschiedene Injektionskompliktionen mit (Allianz, Winterthur).
- Das Gerichtsmedizinische Institut der Freien Universität Berlin ermittelte einige Aktenzeichen von begutachteten Spritzenschäden.
- Der vom Bundesministerium für Justiz betriebenen JURIS-Computer bestätigte die bereits zusammengestellten Urteile.

Nachdem die Aktenzeichen der vorgeblich fehlerhaft ausgeführten Injektionen feststanden, wurden die letztinstanzlich urteilenden Gerichte erneut angeschrieben. Fast alle konnten Urteilsabschriften zur Verfügung stellen, da § 299 der Zivilprozeßordnung

die Herausgabe von Leseabschriften aus wissenschaftlichem Interesse in das Ermessen des Gerichtes stellt.

Anschließend wurden die Arzthaftungsprozesse nach Aktenzeichen sortiert und für die Entscheidungensammlung inhaltlich zusammengefaßt.

4.3. Ergebnisse

4.3.1. Übersicht

Für diese Arbeit wurden 75 Urteile deutscher Gerichte über Injektionszwischenfälle zusammengestellt.
Die Arzthaftungsprozesse sind in Komplikationen bei der intramuskulären und bei der intravenösen Injektion aufgeteilt. Innerhalb der Injektionsmethoden sind die Entscheidungen nach den Gerichtsformen geordnet.
Dort sind die Aktenzeichen in chronologischer Reihenfolge aufzufinden (Abb. 2). Um dem Leser das Verständnis der 75 Schadensfälle zu erleichtern, ist jedes Aktenzeichen mit einem Orientierungsstz versehen, dem sich die Überlegungen des Gerichtes anschließen. Diejenigen Verfahren, die zu Ungunsten des Arztes ausgingen, sind mit einem Ausrufezeichen hervorgehoben.
Bei den Schadenersatzprozessen gegen Ärzte handelt es sich um Zivilverfahren; die klagende Partei besteht also aus Privatpersonen. Entweder wurde die Klage vom Geschädigten selbst erhoben oder von seinen Vertretern. Dies war meistens nach Todesfällen oder bei injektionsgeschädigten Kindern der Fall.
Jedes Urteil ist mit einer Kennummer markiert, die auch für andere Abschnitte dieser Arbeit gültig ist. Die Numerierung der Urteile läßt sich der Abbildung 2 entnehmen. Die Fundstellen der zum Teil veröffentlichten Urteile befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

Injektionsart	Entscheidungen der Gerichte		
	LG	OLG	BGH
i.m.	Nr.1-14	Nr.15-28	Nr.29-42
i.v.	Nr.43-54	Nr.55-66	Nr.67-75

Abb.2: Kennummern der 75 Urteile
(i.m. = intramuskulär , i.v. = intravenös)

4.3.2. Komplikationen bei der intramuskulären Injektion

Entscheidungen der Landgerichte

1. LG Würzburg, Urteil vom 7.10.52,
Aktenzeichen 1.0.362/51

Sachverhalt: Eine Oberschwester injizierte im Oktober 1949 der damals 28-jährigen Ehefrau des Klägers wegen Menstruationsbeschwerden im Auftrag des beklagten Arztes dreimal des Hormonpräparat Cyren. Es bildete sich ein Abszeß. Die wegen dieser Komplikation erhobene Klage wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe: Weder dem beklagten Arzt noch der Oberschwester ist eine Fehlbehandlung nachzuweisen. Der Abszeß ist zwar nach dem Gutachten auf die Cyren-Injektion zurückzufühen; das Gericht sieht aber keinen Fehler darin, daß die drei Injektionen im Abstand von mehreren Tagen in die selbe Gesäßhälfte gegeben wurden.

2. LG Stuttgart, 15.10.54 : 9.0.224/53

Sachverhalt: Der beklagte Arzt verabreichte dem Kläger wegen rheumatischer Beschwerden eine Injektion mit dem Medikament Irgapyrin. Noch am selben Tage traten Lähmungserscheinungen am Bein des Klägers auf. Der aus diesem Grund angeklagte Arzt wurde freigesprochen.

Entscheidungsgründe: Der Schaden steht mit der Behandlung im ursächlichen Zusammenhang. Nicht erwiesen ist jedoch, daß den Beklagten ein Verschulden an der Entstehung des Schadens trifft.

3. LG Berlin, 7.10.55 : 8.0.11/55

Sachverhalt: Ein Belegarzt wollte bei der Klägerin zur Bekämpfung ihrer akuten Ischialgie eine Epidural-Anästhesie mit Novocain vornehmen. Die für den Eingriff verwendete Injektionsnadel zerbrach nach dem Einstich. Die Klage der Patientin auf Wiedergutmachung wurde abgelehnt.

Entscheidungsgründe: Weder die Injektionstechnik noch das benutzte Injektionsinstrument sind zu beanstsanden. Die Kanüle frakturierte nämlich nicht erst beim Knochenkontakt und wies auch keine Korrosionserscheinungen auf.

4. LG Lübeck, 9.12.64 : 5.0.205/62

Sachverhalt: Der beklagte Arzt nahm beim Kläger wegen dessen Ischialgie eine Tomanol-Injektion vor. Anschließend entwickelte sich im Injektionsbereich eine ausgedehnte Nekrose. Das Gericht verurteilte den Beklagten zur Zahlung von 3.000,- DM Schadenersatz und gestand dem Kläger einen Schmerzensgeldanspruch zu.

Entscheidungsgründe: Der Beweis des ersten Anscheins hat die fahrlässige Körperverletzung des

Arztes offengelegt. Die Kammer schließt sich der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes in vollem Umfang an. Danach ist eine Injektion butazolidinhaltiger Arzneien dann fehlerhaft, wenn der Patient beim Injizieren einen Sofortschmerz merkt. Dies war bei der strittigen Injektion der Fall.

5. LG Konstanz, 14.11.72 : 5.0.74/72

Sachverhalt: Der Beklagte injizierte dem Kläger wegen einer Mandelentzündung das hochkonzentrierte Penicillinpräparat Megacillin forte. Auf dem Heimweg prallte der Kläger mit seinem Automobil an einen Baum. Der verantwortliche Arzt mußte die Unfallkosten in Höhe von 4.000,- DM als Entschädigung für sein Fehlverhalten tragen.

Entscheidungsgründe: Der Beklagte hat seine Sorgfalts- und Aufklärungspflicht grob verletzt. Er hätte auf die Verkehrsuntüchtigkeit seines Patienten hinweisen müssen. Diese mögliche Nachwirkung einer Injektion begründet den Klageanspruch.

6. LG Traunstein, 31.3.76 : 3.0.131/74

Sachverhalt: Der inzwischen verstorbene Ehemann der Beklagten, ein praktischer Arzt, verabreichte der Klägerin wegen rheumatischer Beschwerden das Mischpräparat Delphimix. Nach der Injektion wurde das Bein der älteren Patientin gelähmt. Die Beklagte wurde stellvertretend zur Zahlung von 10.500.- DM und zukünftiger Kosten verurteilt.

Entscheidungsgründe: Der Anscheinsbeweis spricht für das Vorliegen eines Arztfehlers. Anatomische Varianten sind als Schadensursache zwar denkbar, im vorliegenden Fall aber nicht nachweisbar.

7. LG Essen, 24.1.80 : 2.0.336/79

Sachverhalt: Der Beklagte, ein praktischer Arzt, injizierte dem Kläger wegen Rückenschmerzen als Mittel der Wahl Delphimix. An der rechten Gesäßhälfte bildete sich als Injektionsfolge eine aseptische Nekrose. Die Klage des Patienten wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe: Der Kläger konnte nicht beweisen, daß die eingetretene Komplikation auf einem Behandlungsfehler des Arztes beruht. Nach dem Gutachten handelt es sich um ein unvermeidbares Injektionsrisiko, wenn Teile des Gewebes nekrotisieren.

8. LG Kaiserslautern, 26.5.81 : 4.0.468/80

Sachverhalt: Die 57-jährige Klägerin erhielt in der Praxis des Beklagten wegen Rückenschmerzen eine Injektion von Dolo-Attritin. Danach klagte die Patientin über Beschwerden im Oberschenkel. Der für die injizierende medizinische-technische Assistentin verantwortliche Arzt wurde freigesprochen.

Entscheidungsgründe: Die Klägerin leidet unter psychogen überlagerten Beschweden. Es liegt kein schuldhaftes Verhalten vor, da die Einstichstelle desinfiziert wurde und Einmalinstrumentarium verwendet worden war. Außerdem injizierte die Hilfskraft unter Aufsicht und auf ärztliche Anweisung.

9. LG Nürnberg-Fürth, 10.2.83 : 4.0.8067/81

Sachverhalt: Im Verlauf einer Spritzenkur wegen einer Ischialgie entwickelte sich bei der Klägerin ein Spritzenabszeß. Ihre diesbezügliche Klage wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe: Die Klägerin konnte den Beweis der Fehlbehandlung nicht erbringen. Die Rechtsprechung hält eine Aufklärung über diese seltene Komplikation nicht für notwendig.

10. LG Berlin, 15.10.81 : 13.0.105/81

Sachverhalt: Während eines Krankenhausaufenthaltes entwickelte sich bei der Klägerin ein Spritzenabszeß, nachdem sie eine Injektions des Schmerzmittels Novocain erhalten hatte. Die auf Schadenersatz verklagte Ärztin wurde freigesprochen.

Entscheidungsgründe: Die Klage ist unbegründet. Die Klägerin konnte nicht beweisen, daß die Injektion gegen die Regeln der ärztlichen Kunst gegeben wurde. Ferner gelang der Klägerin nicht der

Nachweis, daß die Stationsärzte eine beginnende Infektion erkannt hätten, ohne Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

11. LG Berlin, 7.6.83 : 21.0.376/81

Sachverhalt: Ein Orthopäde ließ seiner an Rückenschmerzen leidenden Patientin von einer erfahrenen Krankenschwester eine Injektion mit Tomanol geben. An der Injektionsstelle bildete sich eine Nekrose, der Nervus gluteus superior dieser Seite wurde ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen. Die beiden von der Klägerin beschuldigten Behandler wurden vom Gericht entlastet.

Entscheidungsgründe: Die mehrfache Schädigung der Patientin entstand durch eine intraarterielle Fehlinjektion. Diese schwerwiegende Komplikation ist allerdings auch bei kunstgerechtem Vorgehen nicht sicher auszuschließen.

12. LG Würzburg, 15.6.82 : 1.0.515/82

Tatbestand: Der Beklagte nahm beim Kläger eine Injektion vor, die eine Schädigung des Nervus ischiadikus nach sich zog. Im Vergleichsverfahren erhielt der Patient eine Abfindung von 8.500.- DM.

Anmerkung : In der Leseabschrift des Urteils Nr . 12 gibt es keine Entscheidungsgründe .

13. LG Landau, 3.11.83 : 3.0.513/82

Sachverhalt: Der Kläger befand sich beim Beklagten in ärztlicher Behandlung. Durch eine Injektion mit Ambene kam es beim Kläger zu einer Tiefennekrose. Seine Klage wurde abgelehnt.

Entscheidungsgründe: Ein schuldhafter Behandlungsfehler ist für diesen Schadensfall nicht nachweisbar. Der Gutachter geht davon aus, daß solche Schäden durch körpereigene Gefäßreaktionen verursacht werden.

14. LG Osnabrück, 22.12.83 : 8.0.314/83

Sachverhalt: Die klagende Patientin erhielt wegen starker Rückenschmerzen von einer Arzthelferin in der Praxis des Beklagten eine Injektion mit Dexamonozon. Im Anschluß an die Injektion verspürte die Klägerin ein Taubheitsgefühl im rechten Bein. Ihre Klage auf Schadenersatz wurde abgelehnt.

Entscheidungsgründe: Die Hypästhesie im rechten Bein ist als eine Folge des Grundleidens der Patientin, nämlich einer Lumboischialgie, anzusehen. Intramuskuläre Injektionen sind im Lehrplan des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen für die Ausbildung von Arzthelferinnen ausdrücklich vorgesehen. Es bestehen deswegen keine Bedenken, eine Injektion von einer erfahrenen Arzthelferin ausführen zu lassen.

Entscheidungen der Oberlandesgerichte

15. KG Berlin, 25.1.55 : 12.U.1484/53

Sachverhalt: Der Beklagte schlug der Klägerin wegen anhaltender Kreuzschmerzen eine Pflanzensaftbehandlung mit Plenosol vor. Die folgende Injektion verursachte nach Meinung der Patientin eine Wundrose. Das Gericht wies die Schadenersatzklage der vorgeblich falsch behandelten Patientin ab.

Entscheidungsgründe: Die Wahrscheinlichkeit spricht für eine zeitliche Überlagerung der Injektion mit der Zweiterkrankung. Ein typischer Geschehensablauf, der für ein schuldhaftes Verhalten des beklagten Orthopäden spricht, liegt nach Ansicht des Gerichtes nicht vor.

16. OLG Hamm, 11.12.54 : 9.UH.46/54

Sachverhalt: Durch eine Irgapyrin-Injektion kam es beim Kläger zu einer Dauerlähmung des Nervus peroneus. Das Landgericht wies die Klage des Patienten ab, seine Berufung war erfolglos.

Entscheidungsgründe: Dem Arzt kann die Nervenverletzung nich angelastet werden, da er mit der damals üblichen Technik injizierte. Darüberhinaus ist Irgapyrin kein besonders gefährliches Medikament, so daß eine gesonderte Risikoaufklärung keine Pflicht ist.

17. OLG Hamburg, 17.10.56 : 1.U.137/55

Sachverhalt: Wegen eines Gelenkleidens erhielt der Kläger von einem Assistensarzt eine Injektion mit Irgapyrin. Dabei wurde der Ischiasnerv verletzt, so daß das linke Bein des Patienten gelähmt wurde. Das Landgericht setzte ein Schmerzensgeld in Höhe von 3.000.- DM fest; die von der beklagten Partei in Anspruch genommene Berufungsinstanz bestätigte die Entschädigung für den erlittenen Schaden.

Entscheidungsgründe: Bei der intramuskulären Injektion sind bestimmte Grundregeln nicht beachtet worden. Die Injektion hätte in den oberen äußeren Quadranten in Richtung auf den Darmbeinkamm in der Tiefe der Muskelschicht erfolgen müssen. Da der Patient unter der Injektion Schmerzen geäußert hatte, hätte die Einspritzung unverzüglich abgebrochen werden müssen. Der leitende Arzt hätte den ihm unterstellten Assistenzarzt sorgfältiger anleiten und überwachen müssen.

18. OLG Neustadt, 1.10.57 : 2.U.19/57

Sachverhalt: Der Kläger wurde wegen rheumatischer Beschwerden im Krankenhaus der beklagten Gemeinde behandelt. Auf Anweisung des Stationsarztes gab die Assistenzärztin dem Patienten eine Injektion mit Irgapyarin. Diese löste einen Abszeß aus. Beide vom Patienten bemühten Gerichtsinstanzen wiesen seine Klage ab.

Entscheidungsgründe: Die Komplikation beruht auf einer Unverträglichkeitserscheinung beim Kläger. Deswegen trifft den Beklagten in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Reichsgerichtes und des Bundesgerichtshofes keine Schuld.

19. OLG München, 21.11.62 : 1.U.2088/60

Sachverhalt: Auf Anordnung des Chefarztes erhielt die Klägerin von einer Krankenschwester des Kreiskrankenhauses eine Injektion. Da eine Ischialgie zu behandeln war, wurde Butazolidin gespritzt. Nach der Injektion war der Endast des Ischiasnerves gelähmt. Das LG Passau (1.0.113/59) verurteilte die Beklagten zur Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 8.000.- DM und einer monatlichen Rente von 120.- DM an die Klägerin. Die von den Beklagten bemühte Berufungsinstanz setzte das Schmerzensgeld auf 5.000.- DM und die Rente auf 80.- DM herunter.

Entscheidungsgründe: Die Schädigung der Patientin beruht auf einer unsachgemäßen Injektion. Die Pflicht der Krankenhausangestellten zur Wiedergutmachung beruht auf deren außervertraglichen Haftung.

20. OLG Düsseldorf, 12.12.74 : 8.U.5/73

Sachverhalt: Während eines akuten Herzanfalles gab der Beklagte als Hausarzt des Klägers diesem eine Beruhigungsspritze in die Streckmuskulatur des rechten Oberarmes. Danach war der gesamte Arm in seiner Bewegung eingeschränkt. Das Landgericht und das Berufungsgericht wiesen die Klagen des Patienten ab.

Entscheidungsgründe: Es ist nicht bewiesen, daß der Beklagte bei der Injektion gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen hat. Ein Arzt darf nach eigenem Ermessen entscheiden, ob er ein zur intravenösen oder intramuskulären Injektion geeignetes Medikament injiziert. Weder Injektionsort noch Injektionsart sind im Einvernehmen mit dem Gutachten zu beanstanden.

21. OLG München, 30.9.76 : 1.U.1685/74

Sachverhalt: Zum Zweck der Lues-Prophylaxe sollte ein Säugling Penicillin erhalten.Versehentlich wurde eine Überdosis injiziert, die eine Amputation des linken Beines oberhalb des Knies erforderlich machte. Das Landgericht Augsburg hatte die Klage der geschädigten Partei gegen die Kinderklinik abgewiesen (2.0.285/71). Die Berufungsinstanz setzte jedoch 12.000.- DM Schmerzensgeld und eine Monatsrente von 230.- DM fest.Außerdem ist die Stadt Augsburg als Beklagte verpflichtet, an den Kläger 30.000.- DM für Sozialaufwendungen zu zahlen und die Kosten zukünftiger Körperersatzstücke zu übernehmen.

Entscheidungsgründe: Die Komplikation war vorhersehbar und wäre durch intravenöse Zufuhr der Arzneimitteldosis zu vermeiden gewesen. Der Experte führte aus, es gebe Vorbeugemaßnahmen mit geringerem Risiko.

22. OLG Zweibrücken, 28.4.82 : 7.U.25/78

Sachverhalt: Ein Hausarzt setzte wegen chronischer Gelenkbeschwerden eine bei seiner Patientin begonnene Behandlung fort. Es handelte sich um Mehrfachgaben des Goldsalzes Auro-Detoxin. Im Verlauf der weiteren Behandlung erblindete die inzwischen verstorbene Patientin. Das Landgericht Frankenthal (4.0.123/75) wies die Klage des Witwers ab. Seine Berufung hatte Erfolg und führte zu einer Entschädigung in Höhe von 150.000.- DM.

Entscheidungsgründe: Der Senat sieht in der Tatsache, daß der beklagte Arzt trotz der sich anbahnenden Nebenwirkung des injizierten Präparates die Therapie nicht abgebrochen hat, einen groben Behandlungsfehler. Die Einrede des Beklagten, es handle sich bei der Erkrankung der Geschädigten um ein eigenständiges Leiden, wurde durch die eingeholten Gutachten widerlegt. Bei der Bemessung der Höhe des Schmerzensgeldes war zu berücksichtigen, daß der Beklagte ein hohes Maß an Leichtfertigkeit an den Tag legte. Außerdem ist er ausreichend haftpflichtversichert.

23. KG Berlin, 12.7.78 : 6.U.3841/78

Sachverhalt: Wegen rheumatischer Beschwerden erhielt die Klägerin von dem beklagten Neurologen mehrere Injektionen mit Delphimix. Da sich Fettgewebsnekrosen bildeten, mußte die Patientin operiert werden. Das Landgericht (14.0.48/77) erklärte den Schmerzensgeldanspruch der klagenden Patientin für gerechtfertigt. Der Betrag sollte vom Berufungsgericht festgesetzt werden. Dieses schloß das Verfahren mit einem Vergleich.

Entscheidungsgründe: Der Arzt hätte die Patientin über das spezielle Risiko der Injektion eines Antirheumatikums aufklären müssen. Für die wiederholte Anwendung dieses Präparates könne man den Arzt jedoch nicht zur Verantwortung ziehen. Somit entfällt ein Kostenentscheid.

24. OLG Celle, 28.5.80 : 1.U.32/79

Sachverhalt: Nach einer Hüftprellung erhielt der Kläger von seinem Hausarzt in dessen damaliger Praxis eine Injektion mit dem Medikament Delphimix. Im Anschluß an die Injektion entwickelte sich beim Kläger eine Muskelnekrose. Außerdem fiel der Nervus ischiadikus funktionell aus. Die Witwe des mittlerweile verstorbenen Arztes wurde verurteilt, an den Patienten Schmerzensgeld (60.000.- DM) und Rente (200.- DM pro Monat) zu entrichten.

Entscheidungsgründe: DieBerufung des Klägers gegen den Entscheid des LG Verden (3.0.604/77) ist erfolgreich. Zum einen hat der Arzt die Nachbehandlung der Komplikation zu spät veranlaßt. Zum anderen erscheint dem Senat die Indikation des Mischpräparates nach einem Arbeitsunfall als fragwürdig.

25. OLG Frankfurt, 22.9.81 : 22.U.110/80

Sachverhalt: Der zum Zeitpunkt der Injektion einjährige Kläger erlitt nach einer vom Beklagten verabreichten Injektion mit Depot-Penicillin einen schweren anaphylaktischen Schock. Der Grund für die Medikamentierung des Säuglings war die bloße Verdachtsdiagnose Angina tonsillaris. Der eingetretene Dauerschaden (Idiotie) beruht auf einer Sauerstoffunterversorgung des Gehirns für die Zeit nach der Injektion. Die erste Instanz, das LG Darmstadt, hatte den Beklagten freigesprochen. Die Revision der Eltern des Patienten führte zur Verurteilung des Arztes, der ein Schmerzensgeld von 50.000.- DM zahlen muß.

Entscheidungsgründe: Obwohl eine Aufklärung über diese seltene Komplikation nicht erforderlich ist, muß der Beklagte für zwei Fehler haftbar gemacht werden. Dies betrifft die unrichtige Krankheitsdiagnose sowie die Verordnung des Penicillinpräparates Novoject.

26. KG Berlin, 19.10.81 : 9.W.3312/81

Sachverhalt: Bei der Klägerin, die in der von der Beklagten betreuten Haftanstalt eine Freiheitsstrafe verbüßt, kam es nach einer Injektion zu einem Abzeß. Die Beschwerde der Patientin gegen die Amtsärztin wurde vom Landgericht (13.0.420/80) ebenso abgewiesen wie vom Berufungsgericht.

Entscheidungsgründe: Der Abszeß ist auf eine Einschleppung von Eiterbakterien zurückzuführen. Dieser Umstand spricht nicht unbedingt für die Fehlerhaftigkeit einer Injektion.

27. OLG Frankfurt, 12.1.83 : 9.U.10/82

Sachverhalt: Der Kläger erhielt wegen Rückenschmerzen eine Injektion mit Sigma-Elmedal.Infolge dieser Injektion kam es zur Bildung eines Hämatoms und Weichteilnekrosen. Auf die Berufung des Patienten wurde das erstinstanzliche Urteil (LG Fkft. 2/20.0.353/79) abgeändert. Der beklagte Arzt wurde nun zur Zahlung von 10.000.- DM Schmerzensgeld verurteilt.

Entscheidungsgründe: An der Komplikation trifft den Arzt keine Schuld. Er hätte jedoch ein nicht - parenterale Therapie (Tabletten) einleiten können. Wenn nämlich wie in diesem Fall verschiedene Anwendungsformen existieren, dann sollte die ungefährliche Alternative gewählt werden. Der Patient ist in diese Überlegungen miteinzubeziehen.

28. OLG Celle, 7.2.83 : 1.W.1/83

Sachverhalt: Der Antragsteller erlitt nach der intramuskulären Injektion von Dolo-Attritin einen lokalen Gewebeschaden. Die Beschwerde, die injizierende Arzthelferin hätte die Aspirationsprobe unterlassen, wurde von beiden Instanzen abgelehnt.

Entscheidungsgründe: Der Beschluß des LG Hannover (19.0.221/82) wird bestätigt. Auch bei negativer Aspirationsprobe kann eine Arterienschädigung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Außerdem darf ein niedergelassener Arzt seine Helferin eine intramuskuläre Injektion ausführen lassen.

Entscheidungen des Bundesgerichtshofes

29. BGH, 7.3.51 : II ZR 67/50

Sachverhalt: Im Zuge der ärztlichen Behandlung injizierte eine Schwesternschülerin dem Kläger das Arzneimittel Eubasin. Dabei wurde der Ischiasnerv getroffen. Beide Vorinstanzen gaben der Schadenersatzklage statt (OLG Düsseldorf), die Revision der Beklagten blieb erfolglos.

Entscheidungsgründe: Das Berufungsgericht teilt die Ansicht des Sachverständigen nicht. Es ist also zwingend darauf zu achten, eine Schwesternschülerin über die Gefährlichkeit der zu injizierenden Substanz zu belehren. Die beklagte Ärztin haftet für den Schaden, weil sie die Schwesternschülerin mit der Ausführung der Injektion betraut hat.

30. BGH, 12.3.57 : VI ZR 62/56

Sachverhalt: Wegen einer Ischialgie erhielt die Klägerin vom Beklagten eine Injektion mit Irgapyrin. Als Folge der Injektion wurde der Ischiasnerv gelähmt und der rechte Fuß der Klägerin funktionslos. Beide Vorinstanzen haben unter Zuerkennung eines Schmerzensgeldes von 1.200.- DM der Klage stattgegeben (LG Berlin 14.0.25/54, KG Berlin 4.U.1480/55). Auch die weitergehende Revision des Beklagten hatte keinen Erfolg.

Entscheidungsgründe: Das Berufungsgericht vertritt die Auffassung, daß die Sofortlähmung des Nerves beweisend für die Fehlbehandlung ist. Außerdem zeugt die ungenügende Nachbehandlung der Komplikation von mangelnder Sachkenntnis.

31. BGH, 5.2.57 : VI ZR 116/56

Sachverhalt: Der Kläger führt die Lähmung seines Ischiasnervs auf die schmerzhafte Injektions des Leberpräpararates Campolon zurück. Beide Vorinstanzen erklärten die Klage des Patienten für gerechtfertigt (OLG: Hamburg). Die erneute Revision des Beklagten blieb erfolglos.

Entscheidungsgründe: Das Berufungsgericht gibt dem Gutachten den Vorzug, das eine Endoneuralinjektion als Schadensursache ansieht. Der Sofortschmerz und die Sofortlähmung im Verlauf der Injektion sprechen für eine Fehlbehandlung. Die Möglichkkeit einer toxischen Neuritis wird ausgeschlossen.

32. BGH, 30.9.58 : VI ZR 268/57

Sachverhalt: Der Beklagte injizierte dem Kläger wegen rheumatischer Beschwerden Irgapyrin. Bei der Einspritzung verspürte der Patient starke Schmerzen; sein linkes Bein ist seitdem gelähmt. Das Landgericht erklärte die Klage für gerechtfertigt. Das OLG Köln bewertete den Schmerzensgeldantrag über 1.500.- DM als überhöht. Im übrigen wies

es die Berufung des Beklagten ab. Die neuerliche Revision des Beklagten war erfolglos.

Entscheidungsgründe: Der Gutachter meint, die jetzt bestehende Lähmung sei ausschließlich Folge der Injektion. Bei genauer Beachtung aller Hinweise komme eine Spritzenlähmung im allgemeinen auch nicht vor. Somit ist der Beklagte für den Spritzenschaden haftbar zu machen.

33. BGH, 30.6.59 : VI ZR 125/58

Sachverhalt: Die 12-jährige Patientin erhielt von einer Krankenschwester eine Injektion mit Supronal. Am nächsten Morgen war der linke Fuß der Patientin gelähmt (Spitzfußstellung). Das Landgericht gab der Klage der Geschädigten statt. Die Berufung des verantwortlichen Arztes in den Folgeinstanzen blieb erfolglos (OLG: Köln).

Entscheidungsgründe: In Übereinstimmung mit dem Gutachten ist das Gericht der Auffassung, daß das Injektionsdepot zu nahe am Nerven gesetzt worden ist. Schadensursache ist also eine fehlerhafte Technik. Der Arzt hätte aber auch eigenhändig injizieren müssen, da die verkleinerten anatomischen Verhältnisse bei einem Kind den Schwierigkeitsgrad der Behandlung wesentlich erhöhen.

34. BGH, 30.6.59 : VI ZR 181/58

Sachverhalt: Der Kläger hatte sich mit einer Axt an der linken Hand verletzt. Im Krankenhaus erhielt er aus diesem Grunde von einer Krankenschwester eine Beruhigungsspritze und von einem Assistenzarzt eine Impfung gegen Wundstarrkrampf. Wegen der danach auftretenden Lähmung des Ischiasnerves forderte der Patient Schadenersatz und Schmerzensgeld. Das Landgericht Verden wies seine Klage ab, das OLG Celle gestand dem Kläger 5.000.- DM Wiedergutmachung zu. Die Revision der Beklagten hatte keinen Erfolg.

Entscheidungsgründe: Eine der beiden Injektionen hat die Lähmung verursacht. Der leitende Arzt hätte die Injektionstätigkeit in seinem Bereich besser kontrollieren müssen. Die schadenauslösende Injektion wurde entweder am falschen Ort oder nicht mit Richtung zum Darmbeinkamm gegeben.

35. BGH,17.10.61 : VI ZR 253/60

Sachverhalt: Nach einer Injektion mit Butazolidin kam es beim unter einer Ischialgie leidenden Kläger zur Lähmung des linken Beines. Beide Vorinstanzen (OLG: Bamberg) verurteilten den Beklagten, der 7.000.- DM als Ersatz für entgangenen Gewinn und 2.000,- DM Schmerzensgeld an seinen Patienten zahlen sollte. Die Revision des Arztes war erfolglos.

Entscheidungsgründe: Der alarmierende Sofortschmerz während der Injektion beweist im ersten Anschein, daß der Arzt schuldhaft gegen Kunstregeln verstoßen hat. Die Läsion des Nervus ischiadikus hätte bei korrektem Vorgehen vermieden werden können.

36. BGH, 14.11.61 : VI ZR 129/61

Sachverhalt: Als Hausarzt des Klägers gab der Beklagte dem inzwischen verstorbenen Patienten eine Luminal-Injektion. Der Injektionsort war die Beugeseite des linken Unterarmes, der Anlaß zur Injektion ein Erregungszustand des Patienten. Infolge der intraarteriellen Fehlinjektion mußten drei Finger der linken Hand amputiert werden. Das Landgericht gab der auf 2.000.- DM beschränkten Schadenersatzklage der Witwe und der Tochter des Patienten statt. Das OLG Frankfurt als Berufungsinstanz wies nunmehr die Klage des Arztes ab. Weitergehend wurde die Entschädigung auf 17.000.- DM erhöht. Die Revision des Beklagten war ohne Erfolg.

Entscheidungsgründe: Der Arzt hätte mit der hohen Teilung der Armarterie rechnen müssen. Diese Besonderheit hat das Injektionsrisiko an diesem unüblichen Ort erhöht. Ein erfahrener Arzt darf nur im äußersten Notfall an dieser Stelle injizieren.

37. BGH, 25.10.66 : VI ZR 25/65

Sachverhalt: Nach einem Betriebsunfall erhielt die Klägerin vom Beklagten eine Injektion mit Bogomoletz-Serum. Es entwickelte sich ein Abszeß. Alle Klagen der Patientin auf Schadenersatz (OLG: Köln) blieben erfolglos.

Entscheidungsgründe: Dem Arzt kann kein Behandlungsfehler vorgeworfen werden. Die Aufklärung über mögliche Risiken war ausreichend.

38. BGH, 12.3.68 : VI ZR 85/66

Sachverhalt: Der inzwischen verstorbene Patient litt an einer Ischialgie. Er erhielt von dem beklagten Arzt ein Depot von Impletol im Lendenbereich, um eine längerfristige Besserung zu erzielen. Aus diesem Eingriff entwickelte sich eine Vereiterung, die zur toxischen Schädigung des Gesamtorganismus führte. Der Patient verstarb. Das Landgericht wies die Klage der Witwe und der Tochter des Patienten ab. Das OLG Frankfurt bejahte eine Haftung des injizierenden Arztes, verneinte dagegen eine solche des die Komplikation versorgenden Krankenhausarztes. Die Revision der beiden Klägerinnen und des verurteilten Erstbeklagten waren erfolglos.

Entscheidungsgründe: Das Berufungsgericht ist der Meinung, daß die Infektion zu Lasten des injizierenden Arztes geht. Dieser muß grob fahrlässig mit einer verunreinigten Kanüle gearbeitet haben,

da ein anderer Infektionsweg nicht denkbar ist. Es ist jedoch nicht bewiesen, daß der Zweitbeklagte den Tod des Ernährers der beiden Klägerinnen schuldhaft mitverursacht hat.

39. BGH, 29.10.68 : VI ZR 161/67

Sachverhalt: Im Verlauf einer Behandlung mit Injektionen stellten sich inzisionsreife Abszesse ein. Sämtliche Instanzen (LG und KG Berlin) sprachen den beklagten Arzt frei.

Entscheidungsgründe: Eine Aufklärung über eine verhältnsimäßig seltene Komplikation ist nicht unbedingt notwendig. Der Injektionspunkt am Oberschenkel ist ebenfalls nicht zu beanstanden.

40. BGH, 12.2.74 : VI ZR 141/72

---!

Sachverhalt: Ohne seinen Patienten davon in Kenntnis zu setzen, führte ein Belegarzt eine Periduralinjektion anstelle einer üblichen Narkose durch. Einige Zeit nach der Operation stellten sich beim Kläger Gehbeschwerden ein. Er wurde zum Pflegefall. Das Landgericht billigte dem Geschädigten 50.000.- DM Schmerzensgeld zu. Seine weitere Berufung beim OLG Frankfurt wurde abgelehnt. Der Bundesgerichtshof - dritte vom Patienten bemühte Instanz - bestätigte das Urteil des Landgerichtes.

Entscheidungsgründe: Zwischen dem jetzigen Zustand des Patienten und der gewählten Methode der

Schmerzausschaltung gibt es einen direkten Zusammenhang. Da der Patient über das spezielle Risiko dieses Eingriffes nicht aufgeklärt war, liegt auch keine rechtswirksame Einwilligung des Patienten für die Injektion vor. Somit ist die rechtliche Situation eindeutig klar.

41. BGH, 8.5.79 : VI ZR 58/78

Sachverhalt: Eine Schwesternhelferin verursachte mit einer Megacillin-Injektion bei einem griechischen Gastarbeiter eine Spritzenlähmung. Das Landgericht sprach dem klagenden Patienten Verdienstausfall zu. Seine Berufung beim OLG Zweibrücken hatte zum Teil Erfolg. Soweit seine Ansprüche nicht auf einer "Rentenneurose" beruhten, werde ihm auch weiterer vermögensrechtlicher Schaden ersetzt. Die erneute Revision des Klägers hatte bezüglich der Arbeitsunfähigkeit keinen Erfolg. Der Schmerzensgeldanspruch wurde bestätigt.

Entscheidungsgründe: Schwesternhelferinnen oder Krankenpflegehelfer dürfen keine intramuskulären Injektionen geben. Wegen der Nichtbeachtung dieser Regel haftet der Krankenhausträger für die Folgen der Fehlbehandlung. Zwischen der Körperverletzung und der sich anschließenden Arbeitsunfähigkeit scheint eine Zweckverbindung zu bestehen. Der Patient erhält deswegen keine Invaliditätsentschädigung.

42. BHG, 18.3.80 : VI ZR 155/78

Sachverhalt: Nach Injektion mit Butazolidin, Refobacin und Neurogrisevit, die eine Krankenschwester gegeben hatte, kam es bei der Patientin zu umfangreichen Nekrosen. Die Amputation des linken Beines wurde erforderlich. Das Landgericht wies die Klage der Geschädigten ab. Das OLG Frankfurt gab der Klage gegen den Krankenhausträger statt. Die beklagte Krankenschwester wurde freigesprochen. Die Revision des Krankenhausträgers wurde verworfen.

Entscheidungsgründe: Die umstrittenen Injektionen haben den Schaden verursacht. Die zweitbeklagte Krankenschwester handelte mit rechtswirksamer Einwilligung der Patientin. Diese hatte nämlich nur Bedenken gegenüber dem Heileingriff vorgebracht. Der erstbeklagte Krankenhausträger muß allerdings für seine Angestellte haften und ist zur Wiedergutmachung des Schadens verpflichtet. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes der Klägerin ist zu beanstanden, daß die Arzneimittel nicht über den enteralen Weg appliziert wurden.

4.3.3. Komplikationen bei der intravenösen Injektion

Entscheidungen der Landgerichte

43. LG Berlin, 4.3.54 : 7.0.87/53

Sachverhalt: Wegen rheumatischer Beschwerden injizierte der beklagte Arzt dem verstorbenen Ehemann der Klägerin einige Kubikzentimeter Novalgin. Der über Übelkeit klagende Patient starb noch auf dem Transport ins Krankenhaus. Die Klage ist nach der Entscheidung des Landgerichtes unbegründet.

Entscheidungsgründe: Zwischen der Injektion und dem Kreislaufkollaps besteht kein ursächlicher Zusammenhang. Insbesondere ist die Einspritzung am Sitzenden kein Regelverstoß.

44. LG München 1, 27.10.60 : 6.0.400/58

Sachverhalt: Die Klägerin befand sich als Patientin in der Klinik des Beklagten.Da bei seiner Patientin eine umfangreiche zahnärztliche Behandlung nicht mehr aufzuschieben war, wurde diese in eine Praxis gebracht. Dort injizierte im Auftrag des Beklagten eine Assistenzärztin der Klägerin das Narkosemittel Thiogenal in die Vene des Handrückens. Daraufhin entwickelte sich im Injektionsbereich eine Hautnekrose.

Entscheidungsgründe: Die Komplikation zählt zu den trotz aller erdenklichen Sorgfalt möglichen Injektionsrisiken. Für ein schuldhaftes Verhalten

der Narkoseärztin hätte gegebenenfalls der beklagte Chefarzt der Klinik haften müssen. Der Zahnarzt hätte nicht haften müssen, da die Krankenhausangestellte nicht in seinem Auftrag handelte.

45. LG Göttingen, 1965 : 4.0.254/64

Sachverhalt: Der Kläger erhielt von einer Operationsschwester eine Injektion mit dem Kurznarkosemittel Estil. Da die Schwester das Medikament versehentlich intraarteriell injizierte, wurde der linke Unterarm des Patienten nekrotisch und mußte amputiert werden. Das Gericht hielt sowohl den Chefarzt der Klinik als auch den Assistenzarzt und die Krankenschwester als Gesamtschuldner verantwortlich für den Körperschaden.

Entscheidungsgründe: Vom Gutachten abweichend hält das Gericht die Injektion für einen Behandlungsfehler. Eine Nichtärztin hätte die Narkose nicht einleiten dürfen. Deshalb ist der übergeordnete Dienst ebenfalls haftpflichtig.

46. LG Berlin, 23.9.74 : 7.0.105/70

Sachverhalt: Für einen Zwei-Farbstoff-Leberfunktionstest erhielt die Klägerin von ihrer Ärztin eine Injektion. Es bildete sich ein paravenöses Infiltrat. Die Klage der Patientin wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe: Die Kammer ist in Übereinstimmung mit dem Gutachter der Meinung, daß eine

besondere Aufklärung der Patientin nicht erforderlich war. Wie der Sachverständige weiter ausführt, kann die Kanüle die Venenwand auch bei Beachtung aller ärztlichen Regeln durchstoßen.

47. LG Aachen, 30.1.76 : 5.S.493/75

Sachverhalt: Anstatt Penicillin G erhielt ein Säugling von einer Schwester eine Injektion mit dem stärkeren Megacillin. Der Haftpflichtversicherer des Kinderkrankenhauses verlangt als Kläger den Ersatz der Bestattungskosten, da der kleine Patient an den Folgen der stärkeren Konzentration verstorben war. Das Amtsgericht Aachen (11.C.433/75) verurteilte den Krankenhausträger zum Schadenersatz. Die Berufung der beklagten Partei war ohne Erfolg.

Entscheidungsgründe: Die Kammer hat keinen Anlaß, von der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes abzuweichen. Danach muß der Krankenhausträger für den nachgeordneten ärztlichen Dienst haften. Der anordnende Arzt kann nicht für die richtige Durchführung seiner Anweisung einstehen.

48. LG Verden, 5.12.78 : 5.0.407/77

Sachverhalt: Für die Entfernung ihres Blinddarmes erhielt die Klägerin eine Injektion mit Evipan, einem Betäubungsmittel. Infolge der intraarteriellen Fehlinjektion kam es zur Lähmung des

Unterarmes. Die Gefahr der Amputation des Unterarmes muß jedoch mit einem die Blutgerinnung verzögernden Medikament bekämpft werden. Die Patientin erhielt 27.000.- DM Entschädigung.

Entscheidungsgründe: Die Beklagte hat die Gesundheit der Klägerin rechtswidrig und schuldhaft beeinträchtigt. Der Chefarzt des Krankenhauses hat nicht dafür Sorge getragen, daß für die Narkoseinjektion auf jeden Fall ein Arzt hinzugezogen wird.

49. LG Hechingen, 11.7.80 : 2.0.65/79

Sachverhalt: Während ihres ärztlichen Bereitschaftsdienstes injizierte die Beklagte der Klägerin ein Calcium-Präplparat, um deren Erregungszustand zu behandeln. Da ein Teil des Medikamentes paravenös injiziert wurde, bildete sich an der Einstichstelle eine Narbe. Der Patientin wurden 800.- DM Schmerzensgeld zugesprochen.

Entscheidungsgründe: Die Ärztin hätte aus der Schmerzhaftigkeit der Injektion darauf schließen müssen, daß die Kanüle nicht korrekt liegt. Somit ist die Beklagte schuld an der Komplikation.

50. LG Lüneburg , 13.11.79 : 5.0.255/78

Sachverhalt: Ein Arzt injizierte bei seiner Patientin das Narkotikum Trapanal. Die Klägerin erlitt eine Schädigung des Ellenbogengelenkes, da

der Beklagte paravenös injizierte. Der Klageanspruch der Geschädigten wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe: Nicht jedes Mißlingen einer intravenösen Injektion ist dem Arzt anzulasten. Der Nachweis, daß der Beklagte wider die Regeln der ärztlichen Kunst injiziert hat, wurde nicht erbracht.

51. LG Berlin, 24.10.80 : 5.0.118/78

Sachverhalt: Zur Vorbereitung einer Magenspiegelung nahm der beklagte Oberarzt bei der betagten Klägerin eine Valium-Injektion vor. Da er ungewollt intraarteriell injizierte, mußten der Patientin in mehreren Operationen Zeigefinger und Daumen der linken Hand vollständig amputiert werden. Der Beklagte wurde verurteilt, an die Klägerin 12.000.- DM Schmerzensgeld und monatlich 500.- DM Rente zu zahlen.

Entscheidungsgründe: Der Beklagte hat der Klägerin fahrlässig eine Körperverletzung zugefügt. Der eingetretene Schaden ist auf eine Fehlinjektion in die Arteria radialis zurückzuführen.

52. LG Berlin, 19.10.82 : 13.0.60/79

Sachverhalt: Wegen postoperativer Kopfschmerzen erhielt die Klägerin Injektionen mit Reparil.Da der behandelnde Arzt paravenös injizierte, kam es

bei der Klägerin zur Lähmung des Unterarmes. Die Klage der Geschädigten wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe: Die Fehlinjektion als solche rechtfertigt nicht den Vorwurf eines schuldhaften Behandlungsfehlers. Es steht auch nicht fest, daß der Schaden geringer ausgefallen wäre, wenn die Gegenmaßnahmen unverzüglich nach der Injektion eingeleitet worden wären. Die Beklagte hat allerdings ihre Sorgfaltspflicht verletzt, da sie die Komplikation nicht zum frühest möglichen Zeitpunkt erkannte.

53. LG Deggendorf, 30.3.82 : 0.251/81

Sachverhalt: Als der Beklagte der Ehefrau des Klägers wegen Schulterschmerzen Novalgin injizieren wollte, verlor die Patientin plötzlich das Bewußtsein. Trotz Wiederbelebungsversuchen verstarb sie noch am selben Tag. Die Klage des Witwers wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe: Das Auftreten einer allergischen Reaktion war für den Beklagten nicht vorhersehbar. Ein Arzt muß auf diese seltene Komplikation nicht von vornherein hinweisen. Schließlich ist die Injektion am liegenden Patienten nicht bindend vorgeschrieben.

54. LG Kaiserslautern, 15.6.83 : 3.0.402/81

Sachverhalt: Nach einer Operation verspürte der Kläger eine Taubheit der linken Hand (Ulnarisparese). Seiner Ansicht nach ist die Ursache dieser Mißempfindung die falsche Lagerung seines Armes während der Operationsinfusionen. Der beklagte Anästhesist wurde freigesprochen.

Entscheidungsgründe: Der Kläger kann den Ursachenzusammenhang zwischen der Behandlung und dem Schaden nicht beweisen. Deshalb kann der Kläger den Beklagten nicht auf Schadenersatz in Anspruch nehmen. Das Gericht gibt demjenigen Gutachen den Vorzug, welches den Schaden im Zusammenhang mit einem bestehenden Grundleiden sieht.

Entscheidungen der Oberlandesgerichte

55. OLG Frankfurt, 12.12.35 : 1.U.132/34

Sachverhalt: Beim Versuch der intravenösen Einspritzung bei einem Kind traf der behandelnde Arzt versehentlich eine Arterie. Das injizierte Medikament mit dem Namen Argoflavin führte zu so starken Durchblutungsstörungen der betreffenden Extremität, daß diese amputiert werden mußte. Die Klage des Vaters wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe: Wie die Gutachten einhellig ergeben haben, hat der Beklagte bei Vornahme der Injektion kunstgerecht gehandelt. Er durfte zu Recht annehmen, daß die Injektion in die Vene des linken Armes normal verläuft.

56. OLG Celle, 14.6.60 : 9.UH.22/60

Sachverhalt: Die Klägerin erhielt eine Injektion des Medikamentes Presuren, welches unbeabsichtigt in die arterielle Blutbahn gelangte. Der betroffene Arm wurde nekrotisch, seine Amputation ließ sich nicht vermeiden. Beide Klagen der Patientin wurden abgewiesen (LG Hannover 4.0.318/58).

Entscheidungsgründe: Der Verlauf der Gefäße im Arm der Patientin ist selten; die Arteria brachialis teilte sich im vorliegenden Fall relativ hoch. In Übereinstimmung mit dem Gutachter entfällt für derartige Komplikationen ein Entschädigungsanspruch.

57. OLG Hamm, 29.3.65 : 3.U.267/63

Sachverhalt: Ein Gynäkologe wollte bei der Klägerin einen Eingriff in Narkose vornehmen. Dafür injizierte er ihr das in den Handel gekommene Kurznarkotikum Estil. Da der Beklagte versehentlich die unter der Vene liegende Arterie punktierte, kam es zur Gangrän des Armes. Um weiteren Schaden zu verhüten, wurde der Arm über dem Ellenbogengelenk amputiert. Das Landgericht Dortmund (8.0.167/63) erlegte dem Arzt ein Schmerzensgeld von 10.000.- DM auf. Die Berufung des Beklagten war ohne Erfolg.

Entscheidungsgründe: Der Beklagte hätte nicht in die Vene der Ellenbeuge injizieren sollen, da hier die Gefahr der intraarteriellen Fehlinjektion höher ist als andernorts. Die Tatsache, daß der Beklagte dies nicht wußte, befreit ihn nicht von seiner Schuld.

58. OLG Düsseldorf, 28.11.67 : 20.U.289/65

Sachverhalt: Der beklagte Gynäkologe injizierte seiner Patientin das Narkosemittel Estil und traf dabei versehentlich die Arterie. Nach vier Wochen mußte der rechte Unterarm amputiert werden. Das LG Wuppertal (5.0.259/63) verurteilte den Arzt zur Zahlung eines Schmerzensgeldes über den Betrag von 10.000.- DM. Beide Parteien legten gegen dieses Urteil Berufung ein. Das Verschulden des Behandlers für den Verlust des Armes wurde bestätigt.

Entscheidungsgründe: Der Beklagte handelte fahrlässig. Er hätte ebenso an einer Stelle mit geringerem Risiko, z.B. dem Handrücken, injizieren können. Außerdem war ihm die Gefährlichkeit des von ihm injizierten Medikamentes nicht bekannt.

59. KG Berlin, 19.1.67 : 16.U.1164/66

Sachverhalt: Eine Assistenzärztin injizierte der Klägerin Estil, um in Narkose eine Fraktur einzurichten. Da die Beklagte das intravenös zu verabreichende Mittel versehentlich intraarteriell injizierte,kam es zur Gangrän und Amputation des linken Armes. Das Landgericht gestand der Geschädigten 10.000.- DM Schmerzensgeld zu, die Berufungsinstanz erhöhte den Betrag auf 12.000.- DM.

Entscheidungsgründe: Der die Ärztin betreuende Leiter der Anästhesieabteilung hat versäumt, Estilinjektionen in die Ellenbogenvene zu untersagen. Deshalb kann von einem geringen Verschulden der Beklagten nicht die Rede sein.

60. OLG Hamm, 20.12.76 : 22.U.188/74

Sachverhalt: Nach einem Selbstmordversuch erwies sich bei der Klägerin eine Infusionsbehandlung als notwendig. Vor der Entlassung der Patientin aus dem Krankenhaus wurde eine Röntgenübersichtsaufnahme angefertigt. Es zeigte sich ein zwischen Herz und Lunge verbliebenes Stück des Infusionskatheters. Das LG Bochum (1.0.421/73) verurteilte

die Beklagten zum Schadenersatz. Ihre Berufung wurde abgelehnt.

Entscheidungsgründe: Die Klägerin hat einen gesundheitlichen Schaden erlitten, dessem Umfang zur Zeit noch nicht feststeht. Der zuständige Arzt hat fahrlässig gehandelt. Er ist zusammen mit dem Krankenhausträger haftbar zu machen.

61. OLG Celle, 13.3.78 : 1.U.32/77

Sachverhalt: Im Rahmen einer Tumorbehandlung erhielt die Klägerin von einer Ärztin des Krankenhauses das Zytostatikum Adriblastin. Als Nebenwirkung bildete sich am rechten Unterarm eine Nekrose, am linken ein Infiltrat. Die Klage der Patientin wurde in beiden Instanzen abgewiesen (Landgericht Lüneburg 5.0.433/75).

Entscheidungsgründe: Die lokale Gewebereizung, wie sie bei der Klägerin auftrat, ist eine häufig unvermeidbare Begleiterscheinung der Adriblastintherapie. Die Klägerin wurde eingehend über das spezielle Risiko dieser Methode aufgeklärt. Der Vorwurf der paravenösen Fehlinjektion trifft nicht zu.

62. OLG Celle, 8.5.78 : 1.U.41/77

Sachverhalt: Nach einer Injektion mit Novalgin bildete sich in der Ellenbeuge eine Venenthrombose. Beide Instanzen wiesen die Klage der Patientin ab (LG Lüneburg 8.0.280/76).

Entscheidungsgründe: Das Auftreten einer Thrombose nach einer intravenösen Injektion beweist an sich nicht das Vorliegen eines ärztlichen Kunstfehlers. Der injizierende Notarzt mußte auch nicht vor Behandlungsbeginn auf diese Komplikation hinweisen.

63. OLG Braunschweig, 10.3.78 : 2.U.89/77

Sachverhalt: Für einen gynäkologischen Eingriff unter Narkose erhielt die Klägerin eine Betäubungsmittelinjektion. Der Anästhesist injizierte das Medikament teilweise paravenös. Beide Klagen der Patientin wurden abgelehnt.

Entscheidungsgründe: Der Gutachter meint, daß es sich bei der Komplikation um ein Mißgeschick handelt. Dieses kann dem Narkosearzt nicht angelastet werden. Die im Anschluß an die Injektion in den Handrücken auftretende Bewegungsbeeinträchtigung der rechten Hand war als weitere Schadensfolge nicht vorhersehbar.

64. OLG München, 25.2.81 : 3.U.2065/80

Sachverhalt: Nach einem Autounfall erhielt die Klägerin im Krankenhaus eine Injektion. Seit der Injektion mit Reparil in den rechten Unterarm ist dieser gelähmt. Röntgenologisch ist am rechten Unterarm eine Sudecksche Dystrophie erkennbar, seine Amputation kann nicht ausgeschlossen werden. Die Klage der Patientin blieb erfolglos (LG Traunstein 1.0.1013/79).

Entscheidungsgründe: Der Schaden ist durch eine teilweise intraarterielle Fehlinjektion verursacht worden. Ein Behandlungsfehler ist dem Arzt aber nicht vorzuwerfen. Eine gesonderte Aufklärung über diese ungewöhnliche Komplikation ist nicht erforderlich.

65. OLG Hamm, 17.12.80 : 3.U.154/80

Sachverhalt: Um bei der Klägerin das Fieber zu senken, injizierte der beklagte Arzt Novalgin. Durch diese Injektion wurden angeblich Schmerzen im Unterarm der Patientin verursacht. Ihre Klage wurde zweimal abgewiesen (LG Bochum 8.0.122/79).

Entscheidungsgründe: Bei schwierigen Venenverhältnissen ist ein paravenöses Infiltrat, welches in diesem Fall die Beschwerden machte, kein Behandlungsfehler. Da die Patientin ausdrücklich eine rasche Besserung ihres Zustandes wünschte, ist die intravenöse Gabe des Arzneimittels zum schnelleren Wirkungseintritt nicht zu beanstanden.

66. OLG Celle, 19.10.81 : 1.U.26/81

Sachverhalt: Nach einem Arbeitsunfall litt der Patient unter starken Schmerzen. Der hinzugezogene Arzt injizierte dem Kläger Procain in die Unterhaut der rechten Hand. Da die Beweglichkeit der Finger seitdem eingeschränkt ist, verlangt der Patient Schmerzensgeld. Das Landgericht Verden verhängte ein Schmerzensgeld in Höhe von 2.800.- DM

gegen den beklagten Arzt (5.0. 449/79). Die Berufung des Verurteilten wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe: Die eitrige Entzündung im Handbereich trat nach der Injektion auf und kann mehrere Entstehungsformen haben. Entweder wurde zuviel injiziert, zu tief oder ohne ausreichende Desinfektion der Injektionsstelle. Somit kann von einer Fehlbehandlung ausgegangen werden. Die vom Beklagten vorgetragene Möglichkeit,der die Komplikation durch eine Überempfindlichkeit des Patienten bedingt sieht, wird ausgeschlossen.

Entscheidungen des Bundesgerichtshofes

67. BGH, 28.4.59 : VI ZR 51/58

Sachverhalt: Der Ehemann der Klägerin litt unter Gallenblasenbeschwerden. Wegen einer schmerzhaften Kolik injizierte der Beklagte seinem Patienten das Narkotikum Eukodal. Wenig später verstarb der Patient. Beide Vorinstanzen wiesen die Schadenersatzklage ab (OLG: Hamm). Die Revision der Klagepartei wurde verworfen.

Entscheidungsgründe: Der Tod des Patienten wurde durch das zugeführte Medikament ausgelöst. Der beklagte Arzt kann aber für den tödlichen Ausgang nicht zur Verantwortung gezogen werden. Der Behandlungsverlauf war in dieser Form nur möglich, weil das Herz und die Lunge des Kranken vorgeschädigt waren.

68. BGH, 7.6.66 : VI ZR 250/64 !

Sachverhalt: Der Kläger erhielt von dem Beklagten Injektionen mit dem Verödungsmittel Varsyl. Die Indikation für diese Behandlung waren Krampfadern am rechten Bein des Patienten. In der Folgezeit entwickelten sich schmerzhafte Gewebsnekrosen im behandelten Gebiet. Der Schadenersatzklage des Patienten wurde vor dem Landgericht stattgegeben. Das OLG Köln wies die Klage des Patienten auf die Berufung des Beklagten hin ab. Die Revision des Klägers führte zur Aufhebung des Urteils des Berufungsgerichtes.

Entscheidungsgründe: Der Schaden entstand durch die intraarterielle Fehlinjektion des Beklagten. Dieser hätte die Nachbehandlung der Komplikation unverzüglich einleiten und den Kläger in eine chirurgische Klinik einweisen müssen. Dieser Pflicht ist der Arzt grob fahrlässig nicht nachgekommen.

69. BGH, 5.12.67 : VI ZR 54/66

!

Sachverhalt: Nach dem Bruch des rechten Handgelenkes mußte der Patient narkotisiert werden. Dazu injizierte ihm eine Krankenschwester Estil. Dabei traf sie unbeabsichtigt die Arterie, so daß der linke Arm amputiert werden mußte. Das Landgericht erklärte die Schadenersatzklage für gerechtfertigt. Das OLG Braunschweig nahm die Berufung der Krankenschwester an. Die weitergehende Revision der beklagten Stadt und des verantwortlichen Arztes war dagegen erfolglos.

Entscheidungsgründe: Der Ursachenzusammenhang zwischen der Injektion und dem Schaden steht außer Zweifel. Der beklagte Arzt muß für die Folgen der Injektion haften, obwohl der die Krankenschwester nur beauftragte in die Ellenbeuge zu injizieren.

70. BGH, 12.12.67 : VI ZR 71/66

!

Sachverhalt: Der Kläger begab sich mit einer Schulterluxation in die Praxis des Beklagten. Dieser injizierte Estil in die rechte Ellenbeuge. Da er ungewollt die Arterie punktierte, mußten wegen

akuter Durchblutungsstörungen die Finger der rechten Hand teilweise oder ganz amputiert werden. Das Landgericht wies die Klage des Geschädigten ab. Das OLG Frankfurt setzte dagegen eine Entschädigung von 17.000.- DM fest. Die Revision des Beklagten war erfolglos.

Entscheidungsgründe: Das Verhalten des Beklagten war grob fahrlässig. Als Narkosearzt hätte er wissen müssen, daß im Bereich der Ellenbeuge das Injektionsrisiko verhältnismäßig groß ist. Wegen des variablen Gefäßverlaufs bleibt eine Einspritzung in die arterielle Blutbahn häufig unbemerkt.

71. BHG, 9.4.68 : VI ZR 109/66

Sachverhalt: Beim Kläger sollte ein schmerzhafte Nachuntersuchung durchgeführt werden. Dazu injizierte der erstbeklagte Anästhesist auf Weisung des zweitbeklagten Klinikleiters Estil in die linke Ellenbeuge.Der linke Arm verfärbte sich und mußte in zwei Eingriffen amputiert werden. Das Landgericht billigte dem Geschädigten 10.000.- DM zu. Das OLG Frankfurt wies die Berufung der Beklagten ab. Ihre Revision war ebenfalls vergeblich.

Entscheidungsgründe: Der Erstbeklagte hat durch eine intraarterielle Fehlinjektion den Verlust des Armes verursacht. Die Injektion an einem anderen Ort wäre ungefährlicher verlaufen. Der Zweitbeklagte hätte sich über Komplikationen nach einer Injektion in die Ellenbeuge im klaren sein müssen.

72. BGH, 19.3.68 : VI ZR 192/66

Sachverhalt: Einer der Beklagten injizierte der Klägerin Estil. Durch eine versehentliche intraarterielle Injektion kam es zu ausgedehnten Gewebszerstörungen unterhalb der Ellenbeuge. Das Landgericht verurteilte die Beklagten zur Zahlung von 8.000.- DM Schmerzensgeld und einer monatlichen Rente in Höhe von 350.- DM. Die Berufung der Beklagten beim OLG Frankfurt war erfolglos, ebenso ihre Revision.

Entscheidungsgründe: Die Beklagten hätten mit schwerwiegenden Folgen nach einer Injektion in die Ellenbeuge rechnen müssen. Bei Verwendung eines gefäßtoxischen Medikamentes müsse eine Arterienschädigung mit Sicherheit vermieden werden.

73. BGH, 7.7.70 : VI ZR 223/68

Sachverhalt: Wegen eines in der Testanleitung fehlenden Beistriches infundierte ein Krankenhausarzt einem Diabetiker anstelle von 2,5 %-iger Kochsalzlösung eine zehnfach höher konzentrierte Dosis. Der Patient, dessen Leben gerettet werden konnte, erhielt in einem Vergleichsverfahren 8.000- DM Entschädigung. Der Haftpflichtversicherer der verantwortlichen Ärzte verklagte den Verlag, der das medizinische Werk herstellt, auf Schadenersatz. Das OLG Schleswig gab dieser in der ersten Instanz abgewiesenen Klage statt. Die Revision der Verlegerin führte zur Wiedereinsetzung des landgerichtlichen Urteils.

Entscheidungsgründe: Nicht jeder Fehler eines in den Verkehr gebrachten Erzeugnisse begründet eine Haftung des Herstellers. Die Ärzte hatten in diesem Fall 160 Gramm gelöstes Kochsalz nicht binnen kurzer Zeit infundieren dürfen. Mit ihrem medizinischen Fachwissen hätten sie die Fehlerhaftigkeit der Behandlung erkennen müssen.

74. BGH, 27.11.73 : VI ZR 167/72

Sachverhalt: Im Auftrag führte eine medizinisch-technische Assitentin einen Leberfunktionstest durch. Das zugeführte Testmittel Bromthalein löste beim Kläger ein Thrombophlebitis aus. Das Landgericht wies seine Schadenersatzklage ab. Der Patient ging in die Berufung und erreichte die Zahlung von 1.000.- DM Schmerzensgeld. Die Revision des Beklagten hatte keinen Erfolg.

Entscheidungsgründe: Die Einwilligung des Patienten in die Injektion mit der Farbsubstanz war unwirksam. Ein aufklärendes Gespräch zwischen ihm und dem anordnenden Arzt fand nicht statt. Außerdem hätte der Arzt persönlich injizieren müssen.

75. BGH, 7.10.80 : VI ZR 176/79

Sachverhalt: Für eine Harnleiteruntersuchung injizierte eine Krankenschwester der Klägerin Epontol. Da die Patientin unter der Injektion

Schmerzen äußerte, wurde die Injektion bei liegender Kanüle unterbrochen. Auf Anweisung des beklagten Urologen injizierte seine Angestellte den verbliebenen Rest. Da die Schwester die Arteria radialis superficialis angestochen hatte, mußten später der Daumen und der Zeigefinger der linken Hand amputiert werden. Alle Instanzen gestanden der Geschädigten Schmerzensgeld zu (OLG:Düsseldorf). Beide vom Beklagten eingeleiteten Berufungsverfahren hatten keinen Erfolg.

Entscheidungsgründe: Der Beschuldigte ist für beide Teile der Injektion verantwortlich. Der Senat ist der Meinung, daß die Fehlinjektion geringere Konsequenzen gehabt hätte, wenn die Schwester wie üblich in die Ellenbeuge injiziert hätte. Der gewählte Injektionsort in der Nähe des Handgelenkes verursacht eine höhere Konzentration des Medikamentes im Endstromgebiet. Die so entstandene Durchblutungsstörung hat den Schaden verursacht.

5 Auswertung

Obwohl es bestimmt die doppelte Anzahl von Injektionsprozessen gibt, werden nur die Urteile dieser Arbeit ausgewertet. Die 75 Entscheidungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Schwierigkeiten bei der Ermittlung der forensischen Folgen von Spritzenschäden wurden bereits bei der Methodik der Untersuchungen dargestellt.
Es ist nicht zu befürchten, daß die Begrenzung der Schadensfälle das Ergebnis dieser Arbeit verfälscht. Die zur Verfügung stehenden Entscheidungen sollen nur einen Überblick über die rechtliche Beurteilung von Spritzenschäden geben.
Die Fertigstellung des juristischen Anteils der Auswertung wurde von einem Rechtsanwalt unterstützt; er ist auf dem Gebiet der Spritzenschäden als Fachmann anerkannt.

Die Arzthaftungsprozesse zeigen, daß die Spritzenschäden im Zusammenhang mit dem injizierten Medikament stehen. Bei den Komplikationen der intramuskulären Injektion sind die Spritzenlähmungen des Beines nach der Verabreichung von Antirheumatika als schwerwiegende Behandlungsschäden hervorzuheben. Bei der intravenösen Injektion kam es durch Narkosemittel zu ausgedehnten Gewebezerstörungen am Arm. Die Höhe des Schmerzensgeldes, welches das Gericht dem geschädigten Patienten zugesteht, hängt von den jeweiligen Umständen der Fehlinjektion ab.

In nahezu einem Fünftel der ermittelten Schadensfälle kam es zu Amputationen als Injektionsfolge.
Es ist bemerkenswert, daß als Komplikation bei der intramuskulären Injektion dreimal die teilweise oder vollständige Absetzung von Gliedmaßen zu verzeichnen

ist (Urteil Nr.: 21; 36 und 42). Dies zählt zu den außergewöhnlichen Konsequenzen der intramuskulären Technik. Man muß allerdings einräumen, daß bei Entscheidung 21 und 42 die Geschädigten ein Säugling und eine Frau mit einem durchblutungsgestörten Bein waren. Die Entscheidung 36 taucht im juristischen Schrifttum unter den intramuskulären Injektionen auf, da ein Arzt in der Beugeseite des Unterarmes intramuskulär injizieren wollte und versehentlich die Arterie traf. Die Amputationen als Spritzenschaden der intravenösen Injektion traten mit einer Ausnahme nach der Applikation von Narkosemitteln in insgesamt elf Schadensereignissen auf (Urteil Nr.: 45; 51; 55; 56; 57; 58; 59; 69; 70; 71 und 75).
Bei Entscheidung 48 und 64 heißt es nach Abschluß des Verfahrens in den Urteilsgründen einmal, die Amputation des Armes müsse nach der Betäubungsmittelinjektion mit einem die Blutgerinnung verzögernden Medikament verhindert werden, und einmal, infolge der Sudeck'schen Dystrophie nach der Injektion von Reparil könne eine Amputation nicht ausgeschlossen werden. In beiden Fällen ist der Unterarm durch die Injektion gelähmt.
Das macht deutlich, wie risikoreich intramuskuläre und intravenöse Injektionen für den Patienten sind. Die Entscheidung 60 zeigt,daß auch die intravenöse Infusion gefährlich sein kann; in diesem Fall verblieb im Gefäßabschnitt zwischen Herz und Lunge ein Teil des sogenannten Cava-Katheters.

Die Verteilung der 75 Entscheidungen, die keinen vollständigen Überblick ergeben, weist darauf hin, daß mit einer Zunahme von Prozessen nach Komplikationen bei der intramuskulären und intravenösen Injektion zu rechnen ist. Da es bei den hier zitierten Urteilen mehr Verfahren nach der zuerst genannten Injektionsart gibt, ist bei den Arzthaftungsprozessen nach der

intramuskulären Injektion ein steilerer Anstieg festzustellen (Abb. 3). Die auffällige Häufung von Urteilen bereits in den Jahren 1965, 1967 und 1968 wurde durch die Komplikationen mit dem intravenös zu verabreichenden Narkotikum Estil verursacht (Abb. 4). Diese Arbeit umfaßt acht abgeschlossene Verfahren wegen der irrtümlichen intraarteriellen Injektion von Estil.

Immer häufiger kommt es im Haftpflichtprozeß nach intramuskulären oder intravenösen Injektionen zu einer Verurteilung der beklagten Partei. Es ist anzunehmen, daß sich diese Entwicklung bei beiden Injektionsmethoden fortsetzt (Abb. 5; Abb. 6).

Die erste Verurteilung wegen eines Spritzenschadens erfolgte im Jahre 1951 nach einer Spritzenlähmung. Eine noch in der Ausbildung stehende Schwesternschülerin hatte diese Komplikation mit einer fehlerhaften intramuskulären Injektion verursacht. Bei dem Medikament, welches injiziert wurde, handelte es sich um Eubasin, einem Anti-Rheumatikum. Noch heute findet dieses Urteil Beachtung, da es im Unterricht für Lernschwestern erwähnt wird. Es ist eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes, der die Urteile der beiden Vorinstanzen bestätigte (Urteil Nr. 29).

Die ersten Verurteilungen nach Komplikationen bei der intravenösen Injektion finden ab der Mitte der sechziger Jahre statt. Die zeitliche Differenz von 15 Jahren zwischen Schuldsprüchen bei der einen und bei der anderen Injektionsform ist ein wesentlicher Unterschied.

Die Entwicklung, die bei den Komplikationen nach der intravenösen Injektion eineinhalb Jahrzehnte später einsetzt, ist durch die Estil-Prozesse bedingt.

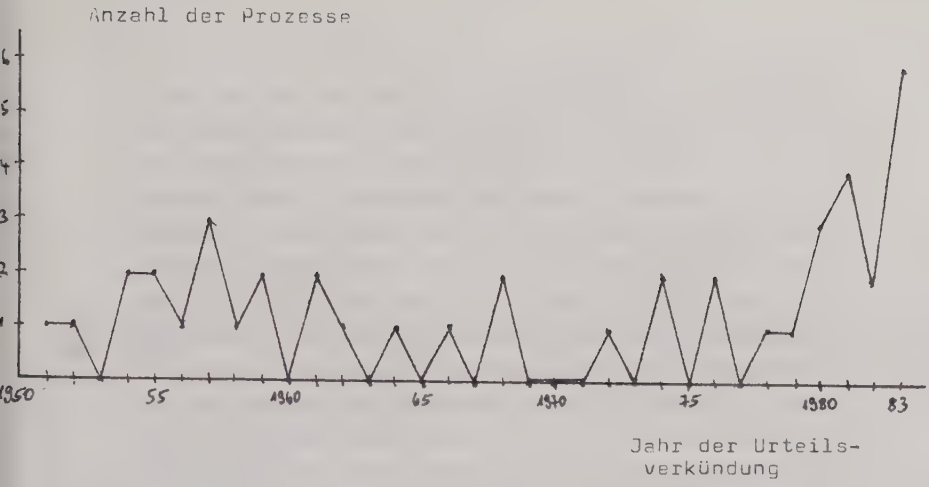


Abb . 3 : Verteilung der Prozesse nach Komplikationen
bei der intramuskulären Injektion

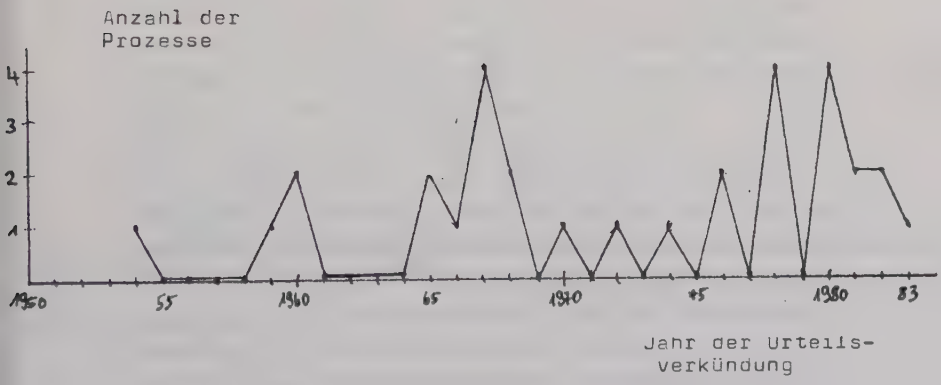


Abb . 4 : Verteilung der Prozesse nach Komplikationen
bei der intravenösen Injektion

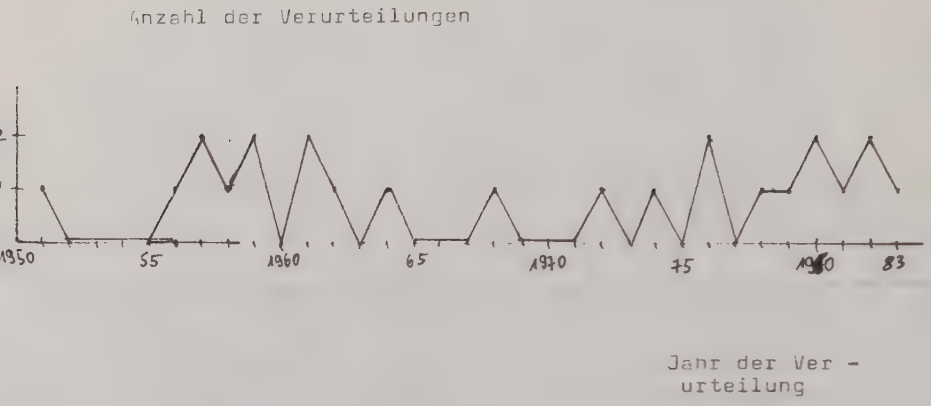


Abb . 5 : Verteilung der Verurteilungen nach intramuskulären Injektionen

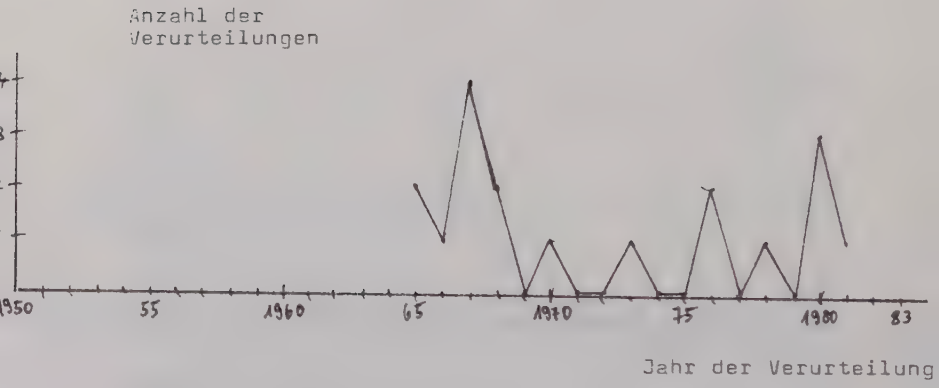


Abb . 6 : Verteilung der Verurteilungen nach intravenösen Injektionen

Diese führten für die Klagepartei vor Land- und Oberlandesgerichten und vor dem Gerichtshof in Karlsruhe zum erfolgreichen Abschluß des Verfahrens.
Obwohl andere intravenös zu applizierende Kurznarkotika auch zu Zwischenfällen führten, erhoben die Patienten keine Klage. Der Grund für die Sonderstellung des Estil (Phenoxiacetamid) dürfte der Publizitätsgrad sein, den es zu Beginn der sechziger Jahre erreichte. Die Fehlinjektionen mit dieser Arznei kennzeichnen die Veränderung der Rechtsprechung, die sich zu Ungunsten des Arztes auswirkt.
Die embryonalen Mißbildungen, die durch das Schlafmittel Contergan (Thalidomid) entstanden und etwa zeitgleich mit den Estil-Komplikationen das öffentliche Interesse auf sich lenkten, sind vermutlich ein weiterer Grund für die engere Auslegung der Gesetze im Wiedergutmachungsverfahren.

Die Verteilung der 75 Entscheidungen auf Komplikationen bei der intramuskulären und bei der intravenösen Injektion verhält sich wie 42 zu 33. Diese Beziehung der beiden Injektionsechniken ist für die weitere Unterteilung bedeutungsvoll (Abb. 7).

Jeweils 26 Verfahren wurden von Landgerichten und Oberlandesgerichten beendet. DerBundesgerichtshof entschied 23 Mal in der letzten Instanz. Jeweils 14 Urteile wurden von den drei Gerichtsstufen über Komplikationen bei der intramuskulären Injektion beschlossen. Jeweils 12 Entscheidungen fällten Land- und Oberlandesgerichte und 9 Entscheidungen der Bundesgerichtshof über Komplikationen bei der intravenösen Injektion (Abb. 8).

Das Verhältnis von Freisprüchen zu Verurteilungen beträgt 33 zu 42. Die Klage wurde 18 mal nach Komplikationen bei der intramuskulären Injektion, 15 mal nach

	i.m.	i.v.	S
Anzahl der Spritzenprozesse	42	33	75

Abb . 7 : Verteilung der Prozesse auf die Injektionsart

letzte urteilende Instanz	i.m.	i.v.	S
LG	14	12	26
OLG	14	12	26
BGH	14	9	23

Abb . 8 : Verteilung der Prozesse auf die letzte Instanz

Klageausgang	i.m.	i.v.	S
Klage stattgegeben	24	18	42
Klage abgelehnt	18	15	33

Abb . 9 : Verteilung der Verurteilungen auf die Injektionsart

verurteilende Instanz	i.m.	i.v.	S
LG	4	5	9
OLG	8	5	13
BGH	12	8	20

Abb . 10 : Verteilung der Verurteilungen auf die Gerichtsform

Komplikationen bei der intravenösen Injektion abgelehnt (Abb. 9).

Bei den Freisprüchen des beklagten Arztes erkannten die Richter keinen kausalen Zusammenhang zwischen der intramuskulären oder intravenösen Injektionen und dem erfolgten Körperschaden.

Die Verurteilung der beklagten Partei wurde 9 mal von Landgerichten, 13 mal von Oberlandesgerichten als Berufungsinstanz und 20 mal vom Bundesgerichtshof als Revisionsinstanz bei beiden Injektionsverfahren verkündet. Je höher die gerichtliche Instanz ist, umso eher kommt es zu einer Stattgabe der Klage. Gerade die Grundsatzentscheidungen des Bundesgerichtshofes führten fast ohne Ausnahme zur Annahme der Klage (Abb. 10). Die letzte Instanz hält dadurch die Anforderungen an den Arzt, der Injektionen verabreicht oder durchführen läßt, auf einer hohen Ebene.

In 11 Arzthaftpflicht-Prozessen wird die streitbefangene Injektion erst in zweiter oder dritter Instanz endgültig als Behandlungsfehler eingeschätzt. Dies ist ungefähr in einem Viertel der Verurteilungen der Fall. Das zeigt, wie schwierig die rechtliche Beurteilung von Spritzenschäden ist (Urteil Nr.: 21, 22, 24, 25, 27 bei Oberlandesgerichten; Nr.: 34, 38, 42, 68, 70, 74 beim Bundesgerichtshof).

Die Entscheidungen des Bundesgerichtshofes über Spritzenschäden sind dazu geeignet, die Haftungsgrundlagen für intramuskuläre und intravenöse Injektionen darzu-

stellen. Anders als die Tatrichter, die bei Landgerichten und Berufungsgerichten den Einzelfall aufklären, haben die Revisionsrichter die Aufgabe, mit ihrem Urteil Richtlinien für die weitere Rechtsgestaltung zu entwickeln. Daraus ergibt sich die Notwendig-

keit, Revisionen auf Fälle mit einer übergeordneten Bedeutung zu beschränken. Etwa 20 Arzthaftungsprozesse, die im Revisionsgang entschieden wurden, konnten für die vorliegende Arbeit aufgefunden werden. Die Zeit, die zwischen Schadenseintritt und Klageerhebung und Urteilsverkündung vergeht, beträgt mehrere Jahre. Der Bundesgerichtshof machte in seinen Revisionsentscheiden den Arzt haftpflichtig, wenn er seine Sorgfaltspflicht verletzte oder seine Aufklärung beziehungsweise Delegation unvollständig waren.
Wurde die Injektion fahrlässig im Sinne des § 276 BGB gegeben, hat der Arzt seine Sorgfaltspflicht verletzt. Bei der intramuskulären Injektion wurde dieser Tatbestand durch die falsche Stichrichtung erfüllt. Das Medikament konnte nach seiner Injektion in der Nähe des Ischiasnerven seine schädigende Wirkung entfalten, da es am falschen Ort deponiert worden war (BGH-Urteil Nr.: 29 - 35).
Bei der intravenösen Technik sah das Revisionsgericht den Vorwurf der Fahrlässigkeit durch die Injektion in die Ellenbeuge erfüllt. Dieser Injektionsort gilt als gefährlich. Bei diesen Entscheidungen wurde das Medikament Estil injiziert; im Beipackzettel der Ampulle stand ausdrücklich, daß eine intraarterielle Fehlinjektion mit Sicherheit ausgeschlossen werden müsse. Nach Meinung des Gerichtes ist in der Ellenbeuge die Gefahr, unbemerkt in die arterielle Blutbahn zu injizieren, besonders hoch (BGH-Urteil Nr.: 69 - 72).
In einer Entscheidung hätte in die Ellenbeuge injiziert werden sollen und nicht in den Unterarm, um den Schadensumfang gering zu halten. Diese Ansicht stimmt mit der Meinung des Gutachters nicht überein (BGH-Urteil Nr.: 75). Bedenkt man, daß die Revisionsentscheidungen zukunftsgerichtet sein sollen, kann dieses Urteil zu großen Nachteilen für die medizinischen Berufe führen.

Der Arzt ist aber nicht nur haftpflichtig, wenn er eigenhändig und schuldhaft einen Spritzenschaden verursacht. Gemäß §§ 278 und 831 BGB muß er Injektionen von Personen verantworten, die in seinem Auftrag handeln. Diese Verletzung der ärztlichen Vertragspflicht hatte bei Komplikationen nach der intramuskulären und der intravenösen Injektion die Verurteilung des Arztes zur Folge (BGH-Urteil Nr.: 29, 33, 34, 41, 42, 74, 75). Die Anleitung und die Kontrolle der Mitarbeiter, die die Injektion vorgenommen hatten, galten in diesen Fällen als ungenügend. Die mangelhafte Delegation der Injektion wurde als Ursache für den Injektionszwischenfall angesehen.

Eine Reihe von Urteilen nach Komplikationen bei der intramuskulären Injektion (BGH-Urteil Nr.: 40, 42) und bei der intravenösen Injektion (BGH-Urteil Nr.: 74) zeigen, daß der Patient intensiv aufgeklärt werden muß, um einer Haftung vorzubeugen. Die Aufklärung soll die Risiken der intramuskulären oder intravenösen Injektion beinhalten. Der Patient soll wissen, wer die bevorstehende intramuskuläre oder intravenöse Injektion vornimmt. Auf Fragen des Patienten muß der Arzt wahrheitsgemäß antworten und auch unübliche Injektionsrisiken besprechen.
Eine Aufklärung über einen Abszeß als Folge einer intramuskulären Injektion ist nicht vorgeschrieben (BGH-Urteil Nr.: 37, 39). Wird jedoch mit einer verunreinigten Kanüle grob fahrlässig intramuskulär injiziert, besteht eine Schadenersatzpflicht (BGH-Urteil Nr.: 38).

Das eben genannte Urteil des Bundesgerichtshofes (Nr. 38) ist ein Verfahren, in dem es zu einer Umkehr der Beweislast kam. Beim Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers kann diese prozessuale Regelung in kraft treten. Im vorliegenden Arzthaftungsprozeß hatte das

Gesetzliche Bestimmung	Intramuskuläre und intravenöse Injektionen als Behandlungsfehler	BGH - Urteil Nr . :
Sorgfaltspflichtver - letzung : § 276 BGB	Injektionsapplikation (Injektionstechnik o. - ort)	i.m. 29-35 : Stichrichtung i.v. 69-72 : Ellenbeuge
Verschulden Dritter : §§ 278 , 831 BGB	Injektionsdelegation (Mitarbeiterunterweisung)	i.m. 29,33,34,41,42 i.v. 74,75
Aufklärungsrüge : Selbst- bestimmungsrecht des Pa - tienten (GG)	Injektionsrisiko (alle Gefahren;Ärztliche Pflicht; Person,die injiziert)	i.m. 40,42 (37,39) i.v. 74
Verfahrensrecht : § 286 ZPO	Injektionsqualität (beweispflichtige Partei)	i.m. 38

Abb . 11 : Ärztliche Haftung für Komplikationen bei der intramuskulären und intravenösen Injektion

Gericht den Spritzenschaden als Folge eines groben Behandlungsfehlers eingeschätzt. Das bedeutet, daß der Arzt beweisen muß, daß sein Behandlungsfehler den umfangreichen Schaden nicht herbeigeführt hat, da die klagende Partei von der Beweispflicht befreit war.
Die Entscheidung zur Beweislastumkehr führte zu einer Verurteilung. Der Arzt hätte beweisen müssen, den eingetretenen Schaden nicht verursacht zu haben. Dies gelang ihm nicht.
Die Verurteilung des Arztes im Spritzenprozeß kann auf mehreren gesetzlichen Bestimmungen beruhen. Wird eine dieser Bedingungen der ärztlichen Haftung erfüllt, hat der Patient einen rechtlichen Anspruch auf Wiedergutmachung (Abb. 11). Die aus den Entscheidungen des Bundesgerichtshofes abgeleiteten Grundlagen der Arzthaftung für eine schadenauslösende intramuskuläre oder intravenöse Injektion sind bei den untergerichtlichen Entscheidungen nachvollziehbar.

6 Zusammenfassung

Im Gegensatz zu früher führt die zivilrechtliche Inanspruchnahme des injizierenden Arztes leicht zu seiner Verurteilung.
Zum einen machen heute injektionsgeschädigte Patienten immer mehr von ihrem Recht Gebrauch, Haftpflichtansprüche vor Gericht durchzusetzen.
Zum anderen verurteilen die Richter in unserer Zeit einen Arzt viel eher, da sich ihre Einstellung ihm gegenüber geändert hat.

Das Medikament Estil ist unter den injizierten Präparaten hervorzuheben. Die Fehlinjektion dieses Narkosemittels führte zu gerichtlichen Entscheidungen, die für die Rechtsprechung von besonderer Bedeutung sind. Estil ist in mehrerer Hinsicht mit Contergan zu vergleichen. Beide wurden Anfang der sechziger Jahre im Zusammenhang mit ihrer schädigenden Wirkung bekannt. Die durch sie ausgelösten Behandlungsschäden waren schwerwiegend und veranlaßten die Betroffenen, die Schädiger zu verklagen. Dies hatte langwierige Wiedergutmachungsverfahren zur Folge, die in der Öffentlichkeit bekannt wurden.

Wegen ihres grundsätzlichen Charakters kann man aus den Urteilen des Bundesgerichtshofes über Spritzenschäden ableiten, unter welchen Voraussetzungen eine Injektion als Behandlungsfehler einzuschätzen ist. Dies ist der Fall, wenn der Arzt bestimmte Pflichten nicht erfüllt.

Um Spritzenschäden zu vermeiden, setzt die Judikatur strenge Maßstäbe an die Fehlerlosigkeit einer Injek-

tion. Die Verschärfung des Arztrechtes kann den Standard einer Behandlung aber auch herabsetzen, da diejenigen verunsichert werden, die Injektionen verabreichen.

7 Literaturverzeichnis

1. Andreas, M.: Zulässigkeit von Injektionen durch Pflegepersonal. ArztR 1980, 50 - 51

2. Bappert, L.: Arzt und Patient als Rechtsuchende. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg (1980)

3. Berner, W., E. Trostdorf u. R. Vogel: Schlichtung in Arzthaftpflichtfragen. Dt. Ärztebl., H. 5, 183 (1981)

4. Braun - Falco, O. und Th. Kienitz: Umschriebene Hautnekrosen nach intramuskulärer Injektion. Münchner medizinische Wochenschrift 1515 (1976)

5. v. Brandis - Pribilla: Arzt und Kusnstfehlervorwurf. 1975

6. Böhmer, D. und E. Rügenheimer: Die Folgen der intraarteriellen Injektion von Barbituraten und deren Therapie. Anästhesist 11, 112 (1962)

7. Bösche, W.: Kommentar zu BGH-Urteil v. 30.6.59 : Äml4, 701 - 4 (1960)

8. Cohen, M.: Accidental Intra A rterial Injections of Drugs. Lancet II, 62 (1948)

9. Boenicke, A., W. Spiess und Th. Gürtner: Komplikationen nach Estil-Narkosen. Anästhesist 11, 293 (1962)

10. Dunz, W.: Zur Praxis der zivilrechtlichen Arzthaftung. 1974

11. Dvorak, J.: Neue Technik der intramuskulären Injektionen. Münch. med. Wschr .,117 (1975)

12. Franzki, H.: Der Arzthaftungsprozeß. DRiZ, 36 (1977)

13. Franzki, H. und Franzki, D.: Waffengleichheit im Arzthaftungsprozeß. NJW H. 49, S. 2225 - 2229 (1975)

14. Fritsche, E.: Spritzensterilisation, Injektionsabszeß und Haftpflicht. Schweiz. med. Wschr. 73, 932, (1945)

15. Fuhrmann, W. und G. Grünwaldt: Über die Beurteilung von Nervenschäden nach intramuskulären Injektionen. Chirurg 26, 210 (1955)

16. Gabka, J.: Injektions- und Infusionstechnik. de Gruyter, Berlin 3. Aufl. (1982)

17. Gabka, J. u. Harnisch, H.: Komplikationen und Fehler bei der zahnärztlichen Behandlung. Thieme Vlg., Stuttgart (1974)

18. Gaisbsauer, G.: Zur Frage eines ärztlichen Kunstfehlers bei einer aus Anlaß eines akuten Herzanfalls in die Streckmuskulatur des rechten Oberarmes vorgenommenen Injektion. VersR 47, 1125 (1975)

19. Giese, B.: Medizinschaden und Arzthaftpflicht. In Vorbereitung (Mttlg. des Inst. für Medizinschadenbegutachtung, Tübingen)

20. Giesen, D.: Arzthaftungsrecht im Umbruch. Jur. Ztg. Teil 1, 345, T. 2, 391, T. 3, 448 (1982)

21. Gohrbrandt, E. und Bauers, E.: Kurznarkosen mit Estil. Zbl. Chir. 86, 879 (1961)

22. Goldhahn, R.: Fehler und Gefahren bei Einspritzungen. G. Thieme, Stuttgart (1948)

23. Günther, H.: Zahnarzt, Recht und Risiko. Hanser Vlg.,München (1982)

24. Hahn, B.: Die Haftung des Arztes für nichtärztliches Hilfspersonal. Athenäum Vlg., Königstein (1981)

25. Hahn, B.: Die Haftung des Urologen für Fehler seiner Krankenschwester. Urologe (8) (1981) H. 22 : 258 - 263

26. Hanebeck, H.: Zur Widerrechtlichkeit fehlerhafter Einspritzungen. Der Krankenhausarzt 32, 104 - 106 (1960)

27. Heyn, W.: Kleine Chirurgie. München (1948)

28. Hochstetter, A. v.: Über Probleme und Technik der intraglutäalen Injektion. Schw. med. Wschr. 47 (1955) und 3 (1956)

29. Höhne, M.: Untersuchungen zur optimalen intramuskulären Technik im Glutäalbereich unter besonderer Berücksichtigung der Länge von Kanülen bei der intraglutäalen Injektion. Med. Diss., FU Berlin (1980)

30. Hollmann, A. u. M.: Parenterale Arzneimittelapplikation. Dt. Ärzt.bl. H. 7, 396 (1980)

31. Krauland, W.: Zur Kontrolle unerwünschter Behandlungsfolgen. DÄV, Köln (1980)

32. Laufs, A.: Arztrecht. NJW-Schriftenreihe, München (1978)

33. Mollison, P. et al.: Thrombophlebitis following intravenous Injections. Lancet 1, 595, (1957)

34. Müller-Vahl, H.: Adverse reaction after intramuscular Injection. Med. Ho. Hannover, The Lancet, May 7 (1983)

35. Müller-Vahl, H. und Schliak, H.: Schäden durch intramuskuläre Injektionen. Dt. Ärb. 2626, 37 (1985)

36. Münnich, K.: Die intramuskuläre Injektion, ihre Technik und ihre Gefahren. Med. Welt 38, 1497 (1958)

37. Opitz, B.: Infektionen und Injektionen und ihre Verhütung. Barth-Verlag, Leipzig (1977)

38. Oppenheimer, H.: Über die Bedeutung des Gefäßfaktors beim Injektionsschaden des N. ischiadicus. Dt. Zschr. f. Nervenhlkd. 175, 392 (1956)

39. Ostrowski, S.: Erfahrungen mit dem Ultrakurznarkotikum Estil. Med. Wlt. 18, 1026 (1963)

40. Perret, W.: Die Rechtsprechung bei versehentlicher intraarterieller Injektion anläßlich einer intravenösen Einspritzung in die Ellenbeuge. Med. Klin. Nr. 12, S. 487 - 88 (1962)

41. Perret, W.: Arzthaftpflicht Vlg. Urban & Schwarzberg, München 1956

42. Philipson, J.: Tierexperimentelle Untersuchungen durch i. m. Injektionstechnik lege artis und durch s.c. Fehlinjektion bei der i. m. Injektionstechnik. Inaugural-Diss., FU Berlin (1981)

43. Prill, F.: Zur ärztlichen Schadenshaftung für intraarterielle Fehlinjektionen intravenöser Narkosemittel in die Ellenbeuge. Mittlg. des Berufsverb. dt. Internist., H. 12, 53 (1968)

44. Prokop, O. u. W. Mattig; Komplikationsdichte ärztlicher Eingriffe. Rechtsmed. Inst. der Charité, VEB Jena (1981)

45. Puff, A.: Venenpunktion. Dt. Abbot Gm bH, Ingelheim/Rhein (1979)

46. Regamey, R.: Schweiz. med. Wschr. 69, 874, (1939)

47. Rieger, H.-J.: Aufklärungspflicht bei Verabreichung von Injektionen durch Angehörige der medizinischen Assistenzberufe. D. m. W. 1334 (1974)

48. Roth, Hj.: Ultraschallmessungen zur Bestimmung von Fettschichtdicken in der Glutäalregion (Ermittlung von optimalen Kanülenlängen zur Vermeidung von subkutanen Fehlinjektionen). Zahnm. Diss., FU Berlin (1984)

49. Schlosser, M.: Gangrän des Unterarmes nach Salvarsaninjektion. Zbl. Chir. 3, 110 (1924)

50. Schlund, G. H.: Zur Haftung des Krankenhausträgers für eine von einer Schwesternhelferin fehlerhaft gesetzte intramuskuläre Injektion. JR 1980, 243

51. Schwarzkopf, H.: Vermeidbare Gefäßschäden bei Presuren-Injektion. Dt. Med. Wschr. 83, 1089 (1958)

52. Spann, W.: Intravenöse Injektionen durch ärztliches Hilfspersonal. DMW 1979, 1590

53. Stör, O.: Fehler und Gefahren bei subkutanen, intramuskulären und intravenösen Einspritzungen. Chirurg 5, 171 (1933)

54. Tempel, C.: Inhalt, Grenzen und Durchführung der ärztlichen Aufklärungspflicht unter Zugrundelegung der höchstrichterlichen Rechtsprechung. NJW H. 12, 609 - 17 (1980)

55. Weicker, H. u. Hungerland, H.: Thalidomid-Embryopathie. I. Vorkommen inner- und außerhalb Deutschlands. Dtsch. med. Wschr. 87 (1962) 992

56. Weiler, M.: Komplikationen nach zahnärztlicher Behandlung und ihre zivilrechtlichen Konsequenzen. Zahnmedizinische Dissertation, FU Berlin (1985)

57. Wilts, W.: Die Beweislast für ärztliche Kunstfehler im Rahmen des § 831 BGB. MDR, 353 - 356 (1973)

Anhang: Urteile

Urteil-Nr.:	Fundstelle:
1. LG Würzburg 1.0.362/51	Perret, Arzthaftpfl. S.128
2. LG Stuttgart 9.0.224/53	VersR 55, 125
3. LG Berlin 8.0.11/55	Perret, Arzthaftpfl. S.169
4. LG Lübeck 5.0.205/62	VersR 67, 69
5. LG Konstanz 5.0.74/72	VersR 73, 332
6. LG Traunstein 3.0.131/74	-
7. LG Essen 2.0.336/79	-
8. LG Kaiserslautern 4.0.468/80	-
9. LG Nürnberg-Fürth 4.0.8067/81	-
10. LG Berlin 13.0.105/81	-
11. LG Berlin 21.0.376/81	-
12. LG Würzburg 1.0.515/82	-
13. LG Landau 3.0.513/82	-
14. LG Osnabrück 8.0.314/83	-
15. KG Berlin 12.U.1484/53	VersR 55, 141
16. OLG Hamm 9. UH. 46/54	VersR 55, 125
17. OLG Hamburg 1.U. 137/55	VersR 57, 115
18. OLG Neustadt 2.U.19/57	VersR 57, 824
19. OLG München 1.U.2088/60	VersR 64, 930
20. OLG Düsseldorf 8.U.5/73	VersR 75, 740
21. OLG München 1.U.1685/74	VersR 78, 285
22. OLG Zweibrücken 7.U.25/78	VersR 83, 935
23. KG Berlin 6.U.3841/78	-
24. OLG Celle 1.U.32/79	NJW 81, 684
25. OLG Frankfurt 22.U.110/80	VersR 83, 349
26. KG Berlin 9.W.331/81	-
27. OLG Frankfurt 9.U.10/82	NJW 83, 1382

28. OLG Celle 1.W.1/83	-
29. BGH II ZR 67/50	NJW 51, 566
30. BGH VI ZR 62/56	VersR 57, 336
31. BGH VI ZR 116/56	VersR 57, 248
32. BGH VI ZR 268/57	VersR 61, 847
33. BGH VI ZR 125/58	VersR 60, 760
34. BGH VI ZR 181/58	VersR 59/19
35. BGH VI ZR 253/60	VersR 61, 1118
36. BGH VI ZR 129/61	VersR 62, 250
37. BGH VI ZR 25/65	VersR 67, 80
38. BGH VI ZR 85/66	VersR 68, 498
39. BGH VI ZR 161/67	VersR67, 135
4o. BGH VI ZR 141/72	VersR 74, 752
41. BGH VI ZR 58/78	VersR 79, 718
42. BGH VI ZR 155/78	VersR 80, 676
43. LG Berlin 7.0.87/53	Perret, Arzthftpfl. S.140
44. LG München 16.0.400/58	VersR 61,1030
45. LG Göttingen 4.0.254/64	Gabka, Injektion. S.325
46. LG Berlin 7.0.105/70	-
47. LG Aachen 5.S.493/75	NJW 76, 1155
48. LG Verden 5.0.407/77	-
49. LG Hechingen 2.0.65/79	-
50. LG Lüneburg 5.0.255/78	-
51. LG Berlin 5.0.118/78	-
52. LG Berlin 13.0.60/79	-
53. LG Deggendorf 0.251/81	-
54. LG Kaiserslautern 3.0.40s081	-
55. OLG Frankfurt 1.U.132/34	Perret, Arzthpf. S.133
56. OLG Celle 9.UH.22/60	Gabka, Injektion. S.337
57. OLG Hamm 3.U.267/63	-
58. OLG Düsseldorf 20.U.289/65	-
59. KG Berlin 16.U.1164/66	VersR 68, 286

60. OLG Hamm 22.U. 188/74	VersR 78,332
61. OLG Celle 1.U.32/77	-
62. OLG Celle 1.U.41/77	-
63. OLG Braunschweig 2.U.89/77	VersR 78, 622
64. OLG München 3.U.2065/80	-
65. OLG Hamm 3.U.154/80	-
66. OLG Celle 1.U.26/81	-
67. BGH VI ZR 51/58	VersR 59, 598
68. BGH VI ZR 250/64	VersR 66, 853
69. BGH VI ZR 54/66	VersR 68, 276
70. BGH VI ZR 71/66	VersR 68, 280
71. BGH VI ZR 109/66	VersR 68, 701
72. BGH VI ZR 192/66	VersR 68, 601
73. BGH VI ZR 233/68	VersR 70, 841
74. BGH VI ZR 167/72	VersR 74, 486
75. BGH VI ZR 176/79	VrsR 81, 131

Danksagung

Herrn Prof. Dr. Dr. Gabka danke ich für das gestellte Thema und die Betreuung bei der Abfassung der Arbeit.

Bei der juristischen Auswertung war Rechtsanwalt Dr. Hahn aus Frankfurt behilflich.

Lebenslauf

Am 13. August 1955 wurde ich, Wolfgang Schmitt, als viertes Kind von Dr. Schmitt und seiner Ehefrau Elfriede in Würzburg geboren. Nach dem Besuch der Volksschule wechselte ich im Jahr e 1965 an das Neusprachliche Gymnasium von Würzburg, an dem ich mich der Reifeprüfung unterzog. Das Studium der Zahnmedizin konnte ich an meinem Heimatort zum SS 1975 aufnehmen. Nach dem Wechsel an die Freie Universität Berlin legte ich dort die Zahnärztliche Vorprüfung und im WS 1981/82 das Staatsexamen ab. Im Anschluß daran war ich in Berlin Assistenzzahnarzt.

Papyrus-Druck GmbH Berlin ☎ 3416451
Dissertationen